

# 獨協医科大学病院臨床研修医応募願書

令和 年 月 日

獨協医科大学病院長 殿

獨協医科大学病院の臨床研修医として下記により臨床研修を行いたく、応募いたします。

ふりがな		TEL											
氏名		Eメール	【紛らわしい文字は判別できるように記入すること】										
現在の所属	大学	学部	平成 年 月 卒業 令和 年 月 卒業・卒込										
<b>志望研修プログラム</b> 【いずれかを○で囲み、併願する場合には( )欄に優先順位を記入すること】 基本プログラム ( ) ・ 小児科プログラム ( ) ・ 産科婦人科プログラム ( ) ・ 外科プログラム ( )													
<b>選考希望日</b> 【下記日程より選択し記入すること】 第1希望日( 月 日) 第2希望日( 月 日) 7月24日(木) 、 8月28日(木)													
<b>修学資金等貸与制度</b> (栃木県医師修学資金・栃木県地域枠・他行政・団体等) 利用状況 【いずれかを○で囲み、有の者は該当する区分にも○で囲むこと】 無 ・ 有 (区分 : 栃木県地域枠 ・ 栃木県修学資金 ・ その他( ))													
<b>マッチングユーザ ID</b> 【マッチング参加登録後に発行されたユーザ ID を記入すること(左詰)】 ※所属大学より周知された参加登録用の ID ではない <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
<b>志望理由・将来の進路希望やセールスポイント等</b>           													
遠方より受験される場合は宿泊施設(前泊・後泊)をご用意いたします。(宿泊料無料・朝食付き) <b>選考時の宿舎希望の有無</b> 【いずれかを○で囲み、有の場合はチェックイン予定時刻をお知らせください。】 有 【チェックイン: 月 日( )( 時 分予定) / チェックアウト: 月 日( )】 無 ※チェックインは 16:00 以降可・チェックアウトは 10:00 迄となります。													