

獨協医科大学病院レジデント（専攻医） 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レジデント（専攻医）として下記により専門研修を行いたく、応募いたします。

ふりがな 氏 名	印
生 年 月 日	西暦 (昭和・平成)年 月 日生 (満 才)
連 絡 先 住 所 (現 住 所)	〒 — 電話番号： メールアドレス：
臨床研修実施 施設名等	臨床研修実施施設名： 同所在地：〒 — 現勤務施設名： 同所在地：〒 —
志望専門研修 プログラム名	※内科・外科は志望科名も記入すること。例：内科専門研修プログラム（〇〇科）
修学資金等貸与制度（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（ ））	
大学院への入学希望の有無 無 ・ 有 （ 大学院名（専攻分野）： ）	
志 望 の 動 機	

添付書類：履歴書（当院指定様式）・医師免許証の写し・臨床研修見込証明書（または修了証）