# 令和５年度臨床研修申込書（二次募集）

令和　　年　　月　　日

徳島県立中央病院長殿
貴院において初期臨床研修を受けたいので、次のとおり履歴事項を添えて申し込みます。

| 申込プログラム | 臨床力養成プログラム |
|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな | 男・女 | 写真貼付<br>(3×4cm) |
| 氏　　名 | 印 | |
| 生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 現住所　〒（　　ー　　）<br>TEL:<br>携帯:<br>E-mail: | | |
| 帰省（連絡）先〒（　　ー　　）<br>TEL:<br>E-mail: | | |

| 年 | 月 | 学歴・職歴（高校入学時から記入） |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 取得年 | 月 | 免許・資格 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

地域枠の従事要件に関する確認

☐　地域枠学生に該当します。　　☐　地域枠学生に該当しません。

※該当する方にレ点を付してください。
この確認は、厚生労働省より研修医の募集及び採用を行う際は地域医療への従事要件に配慮することと定められていることによるものです。

| 氏名 | |
|---|---|

| 志望の動機 |
|---|
| |
| 目標としている医師像 |
| |
| 健康状態 |
| |
| 大学での活動 |
| |
| 趣味･スポーツ･特技等 |
| |
| 研修後の進路希望 |
| |

（以上）　その２