

令和 年 月 日

## 令和4年度臨床研修申込書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

ふりがな 氏名	自署をお願いします。	写真を貼る位置  縦4cm×横3cm 本人単身胸から上
性別	男 ・ 女	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 才 )	
出身地	日本国籍の場合は都道府県名, 外国国籍の場合は国名を記入してください。	
マッチングID		
現住所	〒  TEL — — 携帯 — — E-mail ※添付ファイル (Word・PDF) を受領可能なE-mailアドレスをご記入ください。	
帰省先(連絡先)住所	〒  TEL — —	
卒業(見込)大学名	大学 学部 (西暦 年 月 卒業(見込))	
希望選考日	以下の2日間で実施しますので, ①及び②の該当箇所には○をご記入ください。 ① 8月11日(水) ( )希望日 ・ ( )対応可 ・ ( )対応不可 ② 8月27日(金) ( )希望日 ・ ( )対応可 ・ ( )対応不可	
奨学生の有無 ※医学生対象の奨学金のみ	<input type="checkbox"/> 有 ( ※有 の場合は, 受給している奨学金について記載してください。 <input type="checkbox"/> 愛媛県医師確保奨学金(地域枠) <input type="checkbox"/> 愛媛県医師確保奨学金(へき地) <input type="checkbox"/> 愛媛県医師確保奨学金(短期) <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> 無	
希望事項等		