

令和 年 月 日

令和6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・他・回答しない | |
| 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○をご記入ください。 ① 8月9日(水) ()希望日 ・ ()対応可 ・ ()対応不可 ② 8月25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 | | |