

令和7年度採用 岐阜大学医学部附属病院 医員(研修医)選抜試験願書

岐阜大学医学部附属病院長 殿

貴院プログラムによる臨床研修を希望しますので、選抜試験に申し込みます。

令和 年 月 日現在

マッチングID				写真貼付 ・3ヶ月以内に撮影した正面 上半身脱帽の証明写真 ・写真サイズは、願書の枠に 収めてください。 ・写真の裏に氏名を記入して 貼付ください。
ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	性別	
ふりがな 現住所	〒 -			
	携帯電話： - - 電 話： - -			
	E-mail：			
ふりがな 帰省先	〒 -			
	電 話： - -			
試験希望日	随時(応募者と日程調整の上、決定)			
受験通知文の 送付先 (該当番号に○)	1. 現住所		2. 帰省先	

年	月	学 歴
		高等学校卒業

【氏名】

年	月	職 歴
年	月	賞 罰
年	月	免許・資格等

岐阜大学医学部附属病院を志望した理由

希望するプログラム(希望順に順位をつけてください。(希望しないコース、プログラムは未記入にしてください。))

(位)岐阜大学病院プログラムコース1		
(位)岐阜大学病院プログラムコース2	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院プログラムコース3	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院プログラムコース4(急性期)		
(位)岐阜大学病院プログラムコース4(外科医エキスパート養成)		
(位)岐阜大学病院プログラムコース5(地域連携)	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院地域医療重点プログラム		
(位)岐阜大学病院周産期プログラム		

記入上の注意 1. 鉛筆以外の黒または、青の筆記具で記入すること。(自筆)
2. 数字はアラビア数字で、文字は楷書で記入すること。