

# 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				<b>写真貼付</b> ・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	
( 位)岐阜大学病院プログラムコース3	
( 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)	
( 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。