

臨床研修医申込書

※「氏名」欄は自署してください。

西暦 年 月 日記入

ふりがな 氏名(自署)	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 才			
出身大学	大学 年 月 卒業見込 ・ 卒業	出身地	都・道・府・県			
e-mail	※試験に関する連絡を e-mail で行います	配偶者	扶養家族人数 (配偶者を除く)			
		※有 ・ 無	人			
現住所	(〒 -) Tel 自宅 ・ 携帯 :					
連絡先 (帰省先)	(〒 -) ※現住所以外に連絡可能な所がある場合にのみ記載すること ※こちらに郵便物送付を希望される場合は○を記入して下さい → () 連絡先に送付希望					
マッチング ID 番号	未 ※マッチング ID 番号が交付されていない場合は、「未」に○を付けること					
	特に 良い	良い	普通	やや 劣る	劣る	
自己 評価	責任感					自己の長所などをお書きください。
	協調性					
	積極性					
	向上心					
	実行力					
	忍耐力					
	敏速性					
	社交性					
筑波メディカルセンターを知ったきっかけ						
希望する 試験日	試験日の希望順位を記載してください [] 2021年8月9日(月祝) [] 2021年8月21日(土) ※希望者が多数の場合、受験日を変更していただくことがあります。 一方の試験日に受験できない理由がある方は、以下にご記入ください []					
地域枠・修学生 に関して	下記該当者は○をしてください(該当しない者は記載不要) 茨城県地域枠 ・ 修学生 他自治体地域枠 ・ 修学生 →自治体名[] 県]					

○当院の研修医に応募しようと思った理由、当院の研修で何を学びたいか

○現時点で将来希望する分野と、医師としての夢をお書きください

○大学を無事に卒業し国家試験に合格するまでの自分なりのアクションプラン (自由記述)

○自己PR