

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(配偶者を除く)			
		※有・無	人			
現住所	(〒 -) Tel 自宅・携帯 :					
連絡先 (帰省先)	(〒 -)					
マッチング ユーザーID		※「ユーザーID」=大学からもらう参加登録用IDではなく、参加登録手続きをされた方専用の個別IDです。				
	特に 良い	良い	普通	やや 劣る	劣る	自己の長所などをお書きください。
自己 評価	責任感					
	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						
地域枠	非該当 ・ 該当 ※該当する場合、自治体名[県]					
病院記入欄						

○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

注：欄内におさまる程度にお書きください

公益財団法人筑波メディカルセンター

○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

注：欄内におさまる程度にお書きください

公益財団法人筑波メディカルセンター