

RyuMIC 琉球大学医学部附属病院

令和2年度採用初期臨床研修 研修医選考試験願書

年 月 日

琉球大学医学部附属病院長 殿

令和2年度採用琉球大学医学部附属病院 初期臨床研修医 選考試験を受験いたしたく、
関係書類を添えて下記のとおり申し込みます

記

現住所	(〒 _____)	写真貼付 上半身、脱帽 (縦4cm×横3cm)
(ふりがな) 氏名	(_____)	
生年月日 (年齢・性別)	西暦 _____ 年 (昭和・平成 _____ 年) _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳) ・ (男・女)	
大学名 (学籍番号)	学籍番号 (_____)	
電話番号	自宅： _____ — _____	
	携帯電話： _____ — _____	
E-MAIL (携帯電話)	_____ @ _____	
E-MAIL (自宅PC)	_____ @ _____	
緊急連絡先 (実家等)	住所：(〒 _____)	
	電話番号：(_____ — _____)	

学 歴 (高校より記入のこと)

入学年月	学校名	学部・学科	修学区分	卒業年月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月
年 月			卒業・卒業見込み 修了・中退・転校	年 月

学歴、職歴、資格・免許・処罰等の有無は西暦で記入すること

職 歴

採用年月	職 歴 の 事 項	退職年月
年 月		年 月
年 月		年 月
年 月		年 月

資格・免許・賞罰等の有無

取得年月日	資格・免許・賞罰等の事項

応募プログラム（応募するプログラムに○をして下さい） ※複数のプログラムへの応募も可能です

○	プログラム名
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修プログラム「ていだ」
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 小児科プログラム
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 産科・周産期プログラム
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 中部病院連携プログラム「うるま」
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 先島プログラム「美(か)ぎ島」
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 沖縄赤十字病院連携プログラム
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 中頭病院連携プログラム
	琉球大学医学部附属病院初期臨床研修 南部医療センター・こども医療センター連携プログラム

地域枠学生

	地域枠学生である場合は○をして下さい
--	--------------------

応 募 動 機

●病院見学希望の有無（他大学からの応募者のみ記入：次のいずれかに ○ をして下さい）

	病院見学を希望します。（見学希望日： 月 日 ・ 見学希望診療科： ）
	病院見学を希望しません。

●備考（来県して受験する場合、設定された面接日での受験が難しい場合には希望日を記入してください。）

担当者記入欄 (記入しないで下さい)	受付日	受付番号	面接日
	2019年 月 日		2019年 月 日

