

2022年(令和4年)度採用

東京医科大学病院

東京医科大学茨城医療センター **臨床研修医願書**

東京医科大学八王子医療センター

記載年月日: 2021年(令和3年) 月 日

|                  |   |  |                      |  |
|------------------|---|--|----------------------|--|
| 受験番号<br>(事務局記入欄) |   |  |                      | 写真添付欄<br>縦4cm×横3cm<br><br>背景無地<br>脱帽正面像<br>3ヶ月以内撮影<br>写真裏面氏名記入 |
|                  |   | マッチング協議会から<br>配布されたあなたの<br>ユーザーID          |                      |  |
| ふりがな             |   | 性別   | 生年月日                 |  |
| 氏名               |   | 男・女  | 昭和・平成<br>年 月 日生(満 才) |  |
| 現住所              | 〒 _____ - _____<br>自宅電話: ( ) 携帯電話: ( )<br>E-mail: _____<br>※E-mailは@tokyo-med.ac.jpのドメインより着信できるようにしてください。 |  |                      |  |
| 保証人<br>(父兄)      | 〒 _____ - _____   |  | TEL ( )              | FAX ( )  |
|                  | 氏名  |  | 本人との<br>関係           |  |
| 通知文書等<br>送付先住所   | ・現住所 ・保証人<br>・その他(右に記入)   | 〒 _____ - _____                            |                      |  |
| 年(西暦)            | 月   | 学歴(高等学校入学から記入)・職歴 ※書ききれない場合には別紙にて提出してください。 |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
| 年(西暦)            | 月   | 賞罰   |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
|                  |   |  |                      |  |
| 志望動機             | _____<br>_____<br>_____<br>_____  |  |                      |  |

◎マッチングを行う際、登録するプログラムのカッコ内に○を付けてください(複数回答可)

- ( ) 東京医科大学病院卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学病院(小児科・産婦人科・周産期)卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修プログラム
- ( ) 東京医科大学八王子医療センター研修プログラム