

令和 年 月 日

山口大学医学部附属病院長 殿

氏 名

私は、貴院において医師法に基づく卒後2年間の臨床研修を受けたいので、必要書類を添えて申し込みます。

ふりがな 氏 名	生年月日		鞠・穧	年	月	日
	年齢		歳			
マッチングID (固有ユーザID)	※マッチング参加登録用IDではありません。		性別	男 ・ 女		
出身大学	令和7年3月 卒業見込 山口大学医学部医学科					
卒業後の 従事要件の有無	有・無	該当有の場合 従事地域・年数等の要件				
面接希望日	該当する□に✓を入れてください。					
	□ 7月22日(月) □ その他()					
原則、7月22日(月)の実施となりますが、どうしてもご都合がつかない場合は、その他に希望日(原則:8月1日(木)~8月30日(金))を記入ください。						
希望コース	希望する□に✓を入れてください。(複数選択可能)					
□ 全方向型自由設計コース □ 小児科・産科婦人科・周産期コース						
志望診療科 または分野	希望する□に✓を入れてください。(複数選択可能)					
	また、第一希望の診療科には○をつけてください。					
	□ 消化器内科	□ 循環器内科	□ 腎臓内科	□ 膠原病内科	□ 血液内科	
	□ 内分泌内科	□ 脳神経内科	□ 呼吸器内科	□ 感染症内科	□ 一般外科	
□ 消化器外科	□ 呼吸器外科	□ 小児外科	□ 腫瘍外科	□ 心臓血管外科		
□ 精神科神経科	□ 小児科	□ 整形外科	□ 皮膚科	□ 形成外科		
□ 泌尿器科	□ 眼科	□ 耳鼻咽喉科	□ 放射線科	□ 放射線治療科		
□ 産科婦人科	□ 麻酔科蘇生科	□ 脳神経外科	□ 救急科	□ 総合診療部		
□ 病理診断科	□ 臨床検査科	□ リハビリテーション科				
□ 内科系 □ 外科系 □ その他()						□ 未定
希望する たすき掛け 研修病院	該当する□に✓を入れてください。					
	□ たすき掛け研修を希望する □ たすき掛け研修を希望しない					
	※たすき掛け研修を希望する場合は、希望する□に✓を入れてください。(複数選択可能)					
	□ 宇部興産中央病院	□ 済生会下関総合病院	□ 愛媛労災病院			
□ 山口宇部医療センター	□ 下関医療センター	□ 大手町病院				
□ 山口労災病院	□ 山口県立総合医療センター	□ 小倉記念病院				
□ 済生会山口総合病院	□ 徳山中央病院	□ ハートライフ病院				
□ 小郡第一総合病院	□ 周東総合病院	□ 済生会豊浦病院				
□ 山口赤十字病院	□ 岩国医療センター	□ 萩市民病院				
□ 関門医療センター	□ 浜田医療センター	□ 長門総合病院				
□ 下関市立市民病院	□ 益田赤十字病院	□ その他()				