

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	昭和・平成 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	平成・令和 年 月 日 (卒業 ・ 卒業見込) 大学 学部 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		
希望コース	希望する□に✓を入れてください。(複数選択可) □ 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✓を記入ください。 □ 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✓を記入ください。(複数選択可) □ 宇部中央病院 □ 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 □ 周南記念病院			