

初期研修申込書

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 卒後教育委員会委員長 殿

この度、私は貴院における 2023 年 4 月から 2 年間の初期研修に応募します。

西暦 年 月 日 現在

ふりがな	写真貼付欄 ハポートサイズ 縦 4.5×横 3.5	
氏名		
生年月日		
西暦 年 月 日生 (満 歳)		
現住所 (〒 -)		
メールアドレス (PC)	携帯電話番号	
@	— —	
緊急連絡先		
(〒 -)	TEL — —	
	氏名 (続柄)	
配偶者	配偶者の扶養義務 (配偶者有の場合)	扶養家族 (配偶者除く)
有 ・ 無	有 ・ 無	人

履 歴			
学 歴	入学年月	卒業年月	学校名
	西暦 年 月	西暦 年 月	高等学校
	西暦 年 月	西暦 年 月	
	西暦 年 月	西暦 年 月	大学医学部卒業見込
免 許 資 格	取得年月	登録番号	種別
	西暦 年 月	第 号	
	西暦 年 月	第 号	

【志望プログラム・コース】		医師免許取得後に 勤務条件がある場合	
*志望プログラム・コースに✓を付けて下さい (複数のプログラムを併願する場合は志望順に①②③のように丸数字 を記入して下さい)		*✓を付けて下さい	
亀田初期研修プログラム	内科系コース	①	千葉県医師修学資金受給 (受給者枠での選考を希望します)
	外科系コース	②	千葉県医師修学資金受給 (受給者枠での選考を希望しません)
	麻酔救急集中治療コース	③	医学部入学時の地域枠 (説明文書を提出して下さい)
	病理コース	④	勤務条件を伴う奨学金受給 (説明文書を提出して下さい)
亀田産婦人科プログラム			
亀田小児科プログラム			
地域ジェネラリストプログラム			

自己PR

趣味・特技	
話の出来る 外国語 ・ 検定試験点数	*TOEFL、TOEIC など（英語以外も記入可）
尊敬する人	
あなたを 動物に たとえると	
その他 (賞罰含む)	

*以下、該当者のみ✓および記載

USMLE	Step1 : <input type="checkbox"/> あり 点数 _____点 Step2CK : <input type="checkbox"/> あり
他国医師免許	国 名 : _____ 免許番号 : _____号