



(マッチング ID : 受験者氏名 :)
 ※マッチング ID および受験者氏名は 3 枚すべてに記入してください。

長崎医療センター臨床研修医願書

【 令和 9 年度採用 】

- プライマリケア能力養成プログラム
- 周産期研修プログラム (小児科)
- 周産期研修プログラム (産婦人科)

(希望するプログラムに☑をつける。併願可能)
 ※基本的に併願することを推奨しております。

※添付書類 ☑をつける。 卒業見込証明書 成績証明書

ふりがな			写真添付 (3cm×4cm) 脱帽無背景 3ヶ月以内の 撮影であること。
氏名 (自署)	印		
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳) 男・女 (西暦 年)		
出身地	都・道・府・県		月 日 撮影
現住所	〒 - TEL () 携帯 e-mail		
緊急 連絡先	氏名 (受験者との続柄:)		
	住所		
	自宅電話番号/携帯電話番号		
1~3を 希望順に 入力してく ださい	対面面接 ※選考日に偏りが生じた場合にのみ変更のご連絡をすることがあります。 ()【第1回】 08月07日(金) ()【第2回】 08月14日(金) ()【第3回】 08月15日(土) ※試験会場:JR博多シティ会議室 ()【第4回】 08月21日(金)		
現在の健康 状態		既往歴	
賞罰	1: 無 ()	2 : 有	資格 /免許

* パソコンで作成してください。(ページ数を増やさないこと)

(マッチング ID: _____ 受験者氏名: _____)
 ※マッチング ID および受験者氏名は 3 枚すべてに記入してください。

学 歴 高等学校から 記入	_____ 高等学校 平 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日卒業		
	_____ 大学 平・令 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日 卒業・卒業予定		
	医学部以外の学歴 _____ 大学 平・令 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日 中退・卒業		
	_____ 大学大学院 平 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日 卒業		
職 歴	勤 務 期 間	施 設 名	部 署 名
	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日		
課外活動・ ボランティア 及びその 実績			
現時点での 将来の志望 診療科と その理由	_____ 科		
当院を志望 する理由			

* パソコンで作成してください。(ページ数を増やさないこと)

(マッチング ID: 受験者氏名:)
※マッチング ID および受験者氏名は 3 枚すべてに記入してください。

自己 アピール	
------------	--

N. M. C

* パソコンで作成してください。(ページ数を増やさないこと)