

# 初期臨床研修医願書

西暦 年 月 日

地方独立行政法人下関市立市民病院  
理事長 殿

受験番号*1			
マッチング協議会 ユーザーID*2	生年月日	西暦	年 月 日
フリガナ 氏 名	年 齢	歳	
	性 別	男 ・ 女	
連絡先住所	(〒 - )		
電 話 番 号			
メールアドレス			
在学大学名 または 出身大学名	大学		学部
	西暦 年 月 日 ( 卒業 ・ 卒業見込み )		
<b>地域枠の従事要件に関する確認</b>  医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（奨学金）がありますか。  <input type="checkbox"/> はい [従事要件が課されている都道府県名] ・ <input type="checkbox"/> いいえ  <small>※この確認は厚生労働省通達「臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項について」に基づき、行っております。</small>			
備 考*3			

\*1 欄は記入不要

\*2 欄はマッチング協議会より配布されるユーザーIDを記入してください。配布前の場合、未記入で構いません。後日お知らせください。

\*3 連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入してください。

この願書に履歴書（写真貼付）及び、卒業（見込）証明書を同封して、持参、または簡易書留にて提出してください。