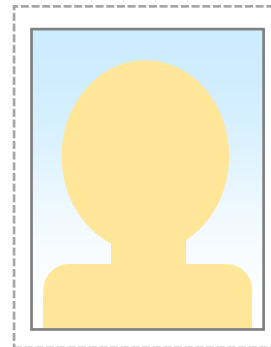


令和 9 年度 浜松医科大学医学部附属病院 臨床研修医登録願書

令和 8 年 5 月 1 日 現在

希望プログラム	プログラムK (基礎研究医臨床研修プログラム)
希望指導教員名	静岡 花子



ふりがな	はままつ たろう	<input checked="" type="checkbox"/> 男	電話	(053) 435 - 2865
氏名	浜松 太郎	<input type="checkbox"/> 女	携帯電話	000 - 1234 - 5678
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14 年 4 月 15 日生 (満 24 歳) <small>* 出願日時点 満年齢</small>	E-MAIL	syoki@hama-med.ac.jp	
郵便番号	〒 431 - 3192			
ふりがな	しずおかけん はままつし ちゅうおうく はんだやま			
現住所	静岡県浜松市中央区半田山一丁目20番1号			

期間 自 年月 ~ 至 年月	学歴 (学校名・学部名・学科名)	職歴 (勤務先、職種等)
平成27年4月 ~ 平成30年3月	浜松市半田山	中学校 卒業
平成30年4月 ~ 令和3年3月	静岡県立半田山高等学校	卒業
令和3年4月 ~ 令和9年3月	浜松医科大学 医学部医学科	卒業見込
~		
~		
~		

年月日	賞 罰
	なし

奨学金の貸与状況	<input type="checkbox"/> 奨学金の貸与を受けていない
<input checked="" type="checkbox"/> 静岡県医学修学研修資金(6)年	<input type="checkbox"/> 日本学生支援機構
<input type="checkbox"/> その他 ()	

地域枠入学	該当の場合 初期研修従事要件等
<input checked="" type="checkbox"/> 該当	卒業後、16年間のうち9年間で静岡県内で勤務。 医師不足地域・医師少数スポットにおいて県が指定する医療機関での勤務を4年以上。
<input type="checkbox"/> 非該当	

志望動機	研修終了後の希望専門分野 (呼吸器外科) ※未定の場合は未定と入力してください。
志望動機を自由記載	