

受付  
番号

# 2025年度 臨床研修医 願書

三重大学医学部附属病院  
院長 池田 智明 様



貴院のプログラムによ  
として採用されたく出願

参加登録用IDではなく、参加登録手続き終了後に  
配付されるユーザーID(10桁の英数字)を記入

マッチングID番号: <b>abcd1234ef</b>		令和 6 年 7 月 1 日現在	
希望コース	※希望コースを第1希望から最大第6希望まで下記に数字で記載してください ※希望しないコースは記載しないでください		
	第1希望: <u>1</u> 第2希望: <u>5</u> 第3希望: <u>6</u> 第4希望: <u>    </u> 第5希望: <u>    </u> 第6希望: <u>    </u>		
	1. オーダーメイドプログラム 三重大学病院コース 2. オーダーメイドプログラム 名張市立病院コース 3. オーダーメイドプログラム 伊勢総合病院コース 4. オーダーメイドプログラム 紀南病院コース 5. 小児科重点MMCプログラム 6. 産婦人科重点MMCプログラム		
	複数の病院群コースを希望の場合は、希望コース毎に願書を提出すること		
試験希望日 (該当番号に○)	1. 8月3日(土) <b>②</b> 8月24日(土)    3. 8月31日(土)		※2はMMC合同面接会
ふりがな 氏名	<b>みえだい じろう</b> <b>三重大 二郎</b>	昭和 ・ <b>平成</b>	8 年 1 月 23 日生    28 歳 <b>男</b> ・女
ふりがな 現住所	みえけん つし えどばし 〒514-0001 三重県津市江戸橋2丁目174 TEL: 090 ( 1234 ) 5678    E-mail: jiro-miel23@gmail.com		
ふりがな 連絡先 (本人不在の場合)	実家の住所など、上記以外の連絡先を記入(現住所が実家の場合は同上と記入) TEL: (    )    E-mail:		
学歴・職歴 (高卒以降)	年 月	学歴	
	平成 27 年 3 月	○○高等学校 卒業	
	平成 27 年 4 月	□□医療専門学校□□学科 入学	
	平成 30 年 3 月	□□医療専門学校□□学科 卒業	
	平成 31 年 4 月	◇◇大学医学部 入学	
	令和 7 年 3 月	◇◇大学医学部 卒業見込	
	年 月	職歴	
	平成 30 年 4 月	△△株式会社 入社	
	平成 31 年 3 月	△△株式会社 退社	
	年 月	以上	
年 月	職歴がない場合は「なし」と記入 記入欄が足りない場合は別紙をご用意ください		
年 月			

\*マッチングID番号が未定の場合は、後日ご連絡ください

資格・免許等	取得年月日	資格等の名称
	平成 27 年 8 月	普通自動車第一種運転免許取得
	年 月	
	年 月	
	年 月	
本院での臨床研修 を志望する理由		
自己PR		
将来のビジョンや 研修修了後の 進路希望		

三重大学出身者は該当番号に○をすること

※三重大学出身者は該当番号に○(丸)をしてください

三重大学医学部 における地域枠	1. 地域枠A    2. 地域枠B    3. 三重県地域医療枠
--------------------	-----------------------------------