

受付  
番号

## 2026年度 臨床研修医 願書

三重大学医学部附属病院  
院長 佐久間 肇

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: abcd1234ef

令和 7 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<br>※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>     |                 |                                               |
| 希望コース                                 | 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<br>願書を提出すること |                                                                                                        |                 |                                               |
| 試験希望日<br>(該当番号に○)                     | 1. 8月9日(土)    ② 8月23日(土)    3. 8月30日(土)    ※2はMMC合同面接会                                                 |                 |                                               |
| ふりがな<br>氏 名                           | みえだい    じろう<br>三重大    二郎                                                                               |                 | 昭和<br>・<br>平成    9年 1 月 23 日生    28 歳    ①男・女 |
| ふりがな<br>現住所                           | みえけん つし えどばし<br>〒514-0001<br>三重県津市江戸橋2丁目174<br>TEL: 090 ( 1234 ) 5678    E-mail: jiro-miel23@gmail.com |                 |                                               |
| ふりがな<br>連絡先<br>(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)<br>TEL: (    )    E-mail:                                         |                 |                                               |
| 学歴・職歴<br>(高卒以降)                       | 年    月                                                                                                 | 学歴              |                                               |
|                                       | 平成 28 年    3 月                                                                                         | 〇〇高等学校 卒業       |                                               |
|                                       | 平成 28 年    4 月                                                                                         | □□医療専門学校□□学科 入学 |                                               |
|                                       | 平成 31 年    3 月                                                                                         | □□医療専門学校□□学科 卒業 |                                               |
|                                       | 令和 2 年    4 月                                                                                          | ◇◇大学医学部 入学      |                                               |
|                                       | 令和 8 年    3 月                                                                                          | ◇◇大学医学部 卒業見込    |                                               |
|                                       | 年    月                                                                                                 | 職歴              |                                               |
|                                       | 平成 31 年    4 月                                                                                         | △△株式会社 入社       |                                               |
|                                       | 令和 2 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<br>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 28 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<br>を志望する理由        |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
| 自己PR                       |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
|                            |             |                |
| 将来のビジョンや<br>研修修了後の<br>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<br>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 |
|--------------------|-----------------------------------|