

## ● 募集定員

パターン1 (AWAすだちプログラム)	23名
パターン2 (メディカルゾーン重点研修プログラム)	3名
パターン3 (産婦人科研修プログラム)	2名
パターン4 (小児研修プログラム)	2名

## ● 応募資格

平成31年3月に医師免許を取得している者又は取得見込みの者で、且つ、マッチングに参加する者

## ● 出願書類等

下記の書類を一括して封筒に入れ、必ず「書留郵便」送付または持参してください。

- ①徳島大学病院臨床研修申込書
- ②平成31年度徳島大学病院臨床研修願
- ③履歴書  
\*履歴書の学歴は高校以上について記入してください。
- ④成績証明書
- ⑤共用試験医学系C B T成績表(本試)の写し

## ● 応募締切

- |     |       |          |    |
|-----|-------|----------|----|
| 第1回 | 平成30年 | 8月6日(月)  | 必着 |
| 第2回 | 平成30年 | 8月23日(木) | 必着 |
| 第3回 | 平成30年 | 9月19日(水) | 必着 |

## ● 選考日

- |     |       |          |
|-----|-------|----------|
| 第1回 | 平成30年 | 8月13日(月) |
| 第2回 | 平成30年 | 8月29日(水) |
| 第3回 | 平成30年 | 9月24日(月) |

\*選考日、集合場所、時間については応募者へメールで連絡します。

\*上記選考日について、全て都合が悪い場合は、卒後臨床研修センター(088-633-9359)までお問い合わせください。

## ● 出願書類提出先・問い合わせ先

〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50番地の1  
徳島大学病院 卒後臨床研修センター  
TEL: 088-633-9359 FAX: 088-633-9358  
E-mail: [bsotsugo@tokushima-u.ac.jp](mailto:bsotsugo@tokushima-u.ac.jp)  
ホームページ: <http://www.tokudai-sotsugo.jp>

# 徳島大学病院臨床研修申込書

平成 年 月 日

徳島大学病院長  
永 廣 信 治 殿

住 所

氏 名

印

私はこのたび、徳島大学病院臨床研修プログラムの研修を希望しますので、下記書類を添えて申し込みます。

## 記

1. 徳島大学病院臨床研修申込書
2. 平成31年度徳島大学病院臨床研修願
3. 履歴書
4. 成績証明書
5. 共用試験医学系C B T成績表の写し

以上

**平成 31 年度  
徳島大学病院 臨床研修願**

平成 年 月 日

ふりがな								マッチング参加者個人 I D															
氏 名	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>																						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性 別				出 身 地														
出身大学	大学						学 部																
	平成 年 月 日 ( 卒業 ・ 卒業見込み )																						

<b>徳島大学病院臨床研修プログラム</b> ・パターン1：AWA すだちプログラム      ・パターン2：メディカルゾーン重点研修プログラム ・パターン3：産婦人科研修プログラム      ・パターン4：小児研修プログラム		
希望順位	希望パターン (プログラム)	希望協力病院 (2病院まで記入可)
第1希望		
第2希望		
第3希望		
全応募 (予定) プログラムにおける徳島大学病院プログラムの順位		位
<p style="text-align: center;">志 望 動 機 (研修計画案などを含む)</p>		
希望診療科、興味のある分野		
将来の進路希望 (複数選択可) 臨床 (専門医、総合医)、研究、留学、開業、行政、未定 その他 ( )		
理想とする医師像		
自 己 P R		
選考日について、当センターで調整し、 <u>メール連絡</u> します。		( ) 第1回目 8月13日 (月)      【応募締切：8月 6日】 ( ) 第2回目 8月29日 (水)      【応募締切：8月23日】 ( ) 第3回目 9月24日 (月)      【応募締切：9月19日】
選考日で <u>不都合な日</u> がある場合は、( ) に×印をご記入下さい。		※上記選考日について、全て都合が悪い場合は、卒後臨床研修センター (088-633-9359) までお問い合わせください。

# 履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな 氏 名		印
昭和 平成	年 月 日生(満 才)	

4×3  
上半身脱帽・3ヶ月以内に撮影したものを貼付

ふりがな 現住所 (〒 - )	
TEL :	PC mail :
携帯電話 :	携帯 mail :
ふりがな 連絡先 (〒 - ) 【現住所以外に連絡を希望する場合のみ、帰省先等を記入】 方 電話	

## ① 学歴・職歴【高校卒業以降を記入。欄が不足する場合は各自で欄を追加(②～④も同様)】

年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

## ② 資格・免許【自動車・自動二輪免許は記入不要】

年 月	
年 月	
年 月	

## ③ 賞罰

年 月	
年 月	

## ④ クラブ活動・文化活動・ボランティア活動歴、国際交流など

年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	