

2025年度香川大学専門研修プログラム応募申請書

年 月 日

プログラム統括責任者

香川大学 医学部附属病院 病院長 殿

申請者氏名

下記により2025年度香川大学専門研修プログラムに応募いたします。

ふ り が な			
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生（満 才） 男 ・ 女		
ふりがな			
現住所（〒 - ）			
携帯電話：		E-mail：	
出 身 大 学 卒 業 年 月 出 身 県	大学 令和 年 月 卒業		出身県
医 籍 登 録	令和 年 月 日 第 号		
奨学生の該当の有無 ※医学生対象の奨学金のみ	☐ 有 ※有の場合は、受給している奨学金について記載してください。 ☐ 香川県医学生修学資金 ☐ その他（ ） ☐ 無		
現在勤務先名			
所 在 地	〒 -		
初期研修実施病院名			
希 望 診 療 科 名			
プ ロ グ ラ ム 名			
志 望 動 機			