

2026年度 卒後臨床研修申請書（二次募集）

令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

氏 名	印
生年月日	昭和・平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女
現 住 所	(〒 -)
電話番号 (携帯)	- -
E-mail	
携帯電話アドレス	
帰省先住所	(〒 -)
帰省先電話番号	- -

貴院の卒後臨床研修に、下記のとおり参加希望しますので申請します。

記

1. 日本医師臨床研修マッチングプログラム参加者ユーザID

参加者ユーザID: _____

2. 希望研修プログラム

研修希望プログラムを確認したいので、下記の□にチェック ✓ をつけてください。

- ☐ 2026年度オリブかがわ卒後臨床研修プログラム(2026 MANDEGAN)に応募します。
- ☐ 高松赤十字病院へ1年目8月から1年間研修(1名)を希望します。
- ☐ 2026年度オリブかがわ卒後臨床研修プログラム(2026 小児科)に応募します。
- ☐ 2026年度オリブかがわ卒後臨床研修プログラム(2026 産婦人科)に応募します。

【都道府県等の修学資金貸与に関する確認】

修学生（地域枠）医学生とは

地域医療等に従事する明確な意思を持ち、**入学試験における選抜枠での入学者**

または、**在学途中、修学生となることを希望し都道府県等から修学資金を貸与**（提供）

されている方が該当します。

卒業後には【指定された地域や病院での従事要件】が課せられています。

- ☐ 修学生（地域枠）に該当します。
- ☐ 修学生（地域枠）に該当しません。

修学資金（奨学資金）名

- ☐ 香川県医学生修学資金
- ☐ その他 ()