

2024年度 卒後臨床研修申請書

令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

氏 名

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。

2024年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2024 MANDEGAN)に応募します。

2024年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2024 小児科)に応募します。

2024年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2024 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（ _____ ）