

2027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 ふ り が な 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等の□にチェック ✓ をつけてください。

- 2027年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2027 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。
- 2027年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2027 小児科)に応募します。
- 2027年度オリーブかがわ卒後臨床研修プログラム(2027 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 (_____)