受付番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２０２７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

ふりがな
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。

□ 令和９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。

□ 令和９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 （　　）