

令和7年度金沢大学附属病院臨床研修プログラム

医員（研修医）選考試験願書・採用申請書

令和6年 6月20日

金沢大学附属病院臨床研修病院群
 研修管理委員会委員長（病院長）

殿

写真(3cm×4cm)を必ず
貼付してください。

令和7年度金沢大学附属病院臨床研修プログラム選考試験に出願します。

なお、令和6年度医師臨床研修マッチングシステムにおいて、マッチングが成立した際には、令和7年度金沢大学附属病院臨床研修プログラム医員（研修医）として採用願いたく、申請いたします。

また、採用された上は法令等ならびに金沢大学及び研修協力病院・施設等の諸規則を遵守し勤務いたします。

大きさ3cm×4cm
 3ヶ月以内に撮影した
 正面上半身脱帽の写真
 (写真票の写真と同一
 のもので裏面に氏名を
 記入し、この欄に貼付
 すること)

願 者	希望プログラム	<input checked="" type="checkbox"/> I（自由設計） <input checked="" type="checkbox"/> II（小児科・産婦人科重点）	マッチングで応募するプログラム すべてに✓を付けてください。
	マッチングID	getd2345zv	
	ふりがな	かなざわ だいがく	参加登録後に取得した IDを記入してください。
	氏名	金澤 大学	
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 11年 7月 13日	
	本籍地	石川 都・道・府・ <input checked="" type="radio"/> 県	
	現住所	〒920-8641 石川県金沢市宝町13番1号	受験票等の郵送先を 記入してください。
	電話番号	090-0265-2058	必ず連絡がとれる電話番号と メールアドレスを記入してください。
	メールアドレス	ishikawa@mpd.ne.jp	
	最終学校・学部科名	石川大学 医学部医学科	
	地域枠入学の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし	地域枠入学の場合は 従事要件等を課している県を 記入してください。
	卒業年月日	平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和7年 3月 卒業 ・ <input checked="" type="radio"/> 卒業見込み	
第一希望	<input checked="" type="radio"/> 当院の臨床研修システム ・ <input type="radio"/> その他		
受験希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 第1回：7/15（月・祝） <input type="checkbox"/> 第2回：9/1（日）	希望する受験日に✓を 付けてください。	

※添付書類等

- ①履歴書（指定用紙）
- ②受験票・写真票（指定用紙）
- ③受験票返信用封筒

（角2（A4）封筒に出願者本人の住所・宛名を記入し、120円分の切手を貼ったもの）