

令和8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7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8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7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8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 13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8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：7/21（月・祝） <input type="checkbox"/> 第2回：9/7（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、140円分の切手を貼ったもの）