

# 初期研修申込書

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 卒後教育委員会 委員長 殿

写真貼付欄  
 ハポートサイズ  
 縦4.5cm×横3.5cm

ふりがな	
氏名	印
生年月日	西暦 年 月 日生 満 歳

私はこの度、貴院における2018年4月から2年間の初期研修に応募します。

現住所	〒( )	TEL ( ) -
		携帯 - -
E-mail	@	
実家住所	〒( )	TEL ( ) -
		本籍地 都道府県
緊急連絡先	〒( )	TEL ( ) -
		氏名 続柄

## 履 歴

学歴	入学年月	卒業年月	学校名
	西暦 年 月	西暦 年 月 卒業	高等学校
西暦 年 月	西暦 年 月 卒業		
西暦 年 月	西暦 年 月 卒業見込	大学医学部	
免許・資格	取得年月日	登録番号	種別
	西暦 年 月 日	第 号	
西暦 年 月 日	第 号		

志望するプログラムの欄に✓を付けてください *併願の場合は志望順位欄に(①・②)を記載してください			経験された内容の欄に✓を付け、実施時期を記載および○で囲んでください		
プログラム名	併願順位		内容		実施時期
			亀田内科系プログラム		1日診療科見学会
亀田外科系プログラム		見学・実習	病院説明会	年生の 月 開催分	
亀田麻酔・救急・集中治療プログラム				年生の 月 開催分	
亀田産婦人科プログラム		病院実習	*実習日： 年 月～ 月		
亀田小児科プログラム			診療科： 科		
亀田病理プログラム			*実習日： 年 月～ 月		
地域ジェネラリストプログラム			診療科： 科		

研 修 希 望 者 の 身 上 に つ い て

家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	同 居	別 居	職 業	

扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 ・ 無	配偶者の扶養義務	有 ・ 無
------------------	---	-----	-------	----------	-------

研 修 志 望 理 由  
(あなたが亀田総合病院の初期研修プログラムを志望する理由)

自 己 P R

趣味・特技							
話の出来る 他国語							
尊敬する人							
あなたを 動物に たとえると							
その他 (賞罰含む)	* 上記以外に伝えたいことがあれば記入してください *						
海外臨床 留学枠での 応募	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 希望する                      <input type="checkbox"/> 希望しない         </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">* 希望するを選択の場合は、下欄の項目もご記入ください。</p>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">USMLE取得:</td> <td style="padding: 2px;">Step 1:      <input type="checkbox"/> 済      <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Step 2CK:    <input type="checkbox"/> 済      <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Step 2CS:    <input type="checkbox"/> 済      <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> </table>	USMLE取得:	Step 1: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		Step 2CK: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		Step 2CS: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	USMLE取得:	Step 1: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未					
	Step 2CK: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未						
	Step 2CS: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">TOEFL点数:</td> <td style="padding: 2px;">iBT:                      _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">PBT:                      _____</td> </tr> </table>	TOEFL点数:	iBT:                      _____		PBT:                      _____			
TOEFL点数:	iBT:                      _____						
	PBT:                      _____						
グローバル 人材育成枠 での応募	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 希望する                      <input type="checkbox"/> 希望しない         </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">* 希望するを選択の場合は、下欄の項目もご記入ください。</p>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">他国医師免許</td> <td style="padding: 2px;">国 名:                      _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">免許番号:    第 _____ 号</td> </tr> </table>	他国医師免許	国 名:                      _____		免許番号:    第 _____ 号		
他国医師免許	国 名:                      _____						
	免許番号:    第 _____ 号						



# English Interview Sheet

PHOTO  
Passport size  
4.5cm × 3.5cm

Name

Date of Birth (YY/MM/DD)

Medical School

Hobbies  
Interests

Special Skills  
Qualification

Career Goal in Medicine

\*  check the box

Internal Medicine  
(内科系プログラム)

Pediatrics  
(小児科プログラム)

Surgery  
(外科系プログラム)

Pathology  
(病理プログラム)

Anes, EM, CCM  
(麻酔・救急・集中治療プログラム)

Regional Generalist  
(地域ジェネラリストプログラム)

Obstetrics and Gynecology  
(産婦人科プログラム)

## Essay

Why did you apply for Kameda Medical Center?

Comment