

## 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



|      |   |
|------|---|
| ふりがな | かめだ さんたろう   |
| 氏名   | 亀田 三太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">亀田</span> |
| 生年月日 | 西暦 1994 年 5 月 15 日生 満 24 歳  |

私はこの度、貴院における2019年4月から2年間の初期研修に応募します。

|        |                                    |                        |
|--------|------------------------------------|------------------------|
| 現住所    | 〒( 296 - 8602 )<br>千葉県鴨川市東町929番地   | TEL ( 0470 ) 92 - 2211 |
|        |                                    | 携帯 090 - 1234 - 5678   |
| E-mail | igakusei @ kameda.jp               |                        |
| 実家住所   | 〒( 296 - 0041 )<br>千葉県鴨川市東町1,344番地 | TEL ( 0470 ) 99 - 1166 |
|        | 緊急連絡先                              | TEL ( 0470 ) 99 - 1166 |
|        |                                    | 氏名 亀田 波夫 続柄 実父         |

### 履 歴

| 学歴           | 入学年月              | 卒業年月  | 学校名         |
|--------------|-------------------|---|-------------|
|              | 西暦 2010年 4 月      | 西暦 2013年 3 月 卒業   | 鴨川東町 高等学校   |
| 西暦 年 月       | 西暦 年 月 卒業         |   |             |
| 西暦 2013年 4 月 | 西暦 2019年 3 月 卒業見込 | 鴨川西町 大学医学部<br>*地域枠の場合は✓を付けてください→ <input type="checkbox"/> |             |
| 免許・資格        | 取得年月日             | 登録番号  | 種別          |
|              | 西暦 2013年 6 月 15 日 | 第 1234567 号   | 自動車普通運転免許   |
|              | 西暦 2018年 7 月 10 日 | 第 1238910 号   | USMLE Step1 |

| プログラム | 志望するプログラムの欄に✓を付けてください<br>*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                           | 5年(2-3月) 6年(6-7月) |
| ✓     | 亀田外科系プログラム   |      | ✓ 病院説明会                              | 5年生の 11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   |
|------|-------|----|----|----|----|------|
|      | 亀田 松夫 | 56 | 父  |    | ○  | 会社員  |
|      | 亀田 波子 | 53 | 母  |    | ○  | 主婦   |
|      | 亀田 竹子 | 28 | 姉  |    | ○  | 歯科医師 |
|      | 亀田 梅夫 | 22 | 弟  | ○  |    | 大学生  |
|      |       |    |    |    |    |      |
|      |       |    |    |    |    |      |

|                  |     |     |  |                       |  |
|------------------|-----|-----|--|-----------------------|--|
| 扶養家族<br>(配偶者を除く) | 0 人 | 配偶者 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 配偶者の扶養義務<br>(配偶者有の場合) | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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                  | 趣味) 映画鑑賞・旅行<br>特技) 水泳   |   |
| 話の出来る<br>他国語           | 中国語   |   |
| 尊敬する人                  | 織田信長  |   |
| あなたを<br>動物に<br>たとえると   | ライオン  |   |
| その他<br>(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*  |   |
| 地域枠での<br>応募            | <input type="checkbox"/> 地域枠である <input checked="" type="checkbox"/> 地域枠ではない                                 |   |
| 海外臨床<br>留学枠での<br>応募    | <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない<br><br>* 希望するを選択の場合は、下欄の項目もご記入ください。 |   |
|                        | USMLE取得   | Step 1: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未<br>Step 2CK: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未<br>Step 2CS: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |
|                        | TOEFL点数   | iBT:                _____<br>PBT:                _____  |
| グローバル<br>人材育成枠<br>での応募 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br><br>* 希望するを選択の場合は、下欄の項目もご記入ください。 |   |
|                        | 他国医師免許  | 国 名:            中国<br>_____<br>免許番号:        第            12345                      号<br>_____  |



# English Interview Sheet



Name Santaro Kameda

Date of Birth (YY/MM/DD) 15,MAY 1994

Medical School Kameda Nishicho School of Medicine

|  |                                     |  |                          |   |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------|---|
| Hobbies<br>Interests   | Trabel and Watching movie           |  |                          |   |
| Special<br>Skills<br>Qualification   | Skiing                              |  |                          |   |
| Career Goal in Medicine<br>* <input checked="" type="checkbox"/> check the box | <input type="checkbox"/>            | Internal Medicine<br>(内科系プログラム)          | <input type="checkbox"/> | Pediatrics<br>(小児科プログラム)                    |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | Surgery<br>(外科系プログラム)                    | <input type="checkbox"/> | Pathology<br>(病理プログラム)                      |
|  | <input type="checkbox"/>            | Anes, EM, CCM<br>(麻酔・救急・集中治療プログラム)       | <input type="checkbox"/> | Regional Generalist<br>(地域ジェネラリストプログラ<br>ム) |
|  | <input type="checkbox"/>            | Obstetrics and Gynecology<br>(産婦人科プログラム) |                          |   |

**Essay**  
**Why did you apply for Kameda Medical Center?**

Comment