

## 2026年度研修開始予定大阪民医連初期研修医採用試験履歴書

記入日 2025年 月 日

|                  |                                                                                                                                       |            |                |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| ふりがな             |                                                                                                                                       |            | 写真欄<br>4cm×3cm |
| 氏名               |                                                                                                                                       |            |                |
| 生年月日             | 西暦                                                                                                                                    | 年 月 日(満 歳) |                |
| 現住所              | 〒                                                                                                                                     |            |                |
|                  | 電話:                                                                                                                                   |            | 携帯電話:          |
|                  | E-mail:                                                                                                                               |            | @              |
| 帰省先住所<br>(緊急連絡先) | 〒                                                                                                                                     |            | 氏名             |
|                  | 電話:                                                                                                                                   |            | 続柄             |
| 希望プログラム          | <input type="checkbox"/> 耳原総合病院初期研修プログラム <input type="checkbox"/> 西淀病院初期研修プログラム<br>※希望する研修プログラムにチェック、両院のプログラムを希望される場合は両方にチェックをお願いします。 |            |                |

[illegible][illegible]

|                                  |                                                                            |                    |             |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|
| 志望動機                             |                                                                            |                    |             |
| 将来の進路（例 後期研修、希望科、フィールド、将来の医師像など） |                                                                            |                    |             |
| 医師の仕事に対するあなたの考え（例 医師を目指した理由など）   |                                                                            |                    |             |
| 民医連の理念や医療活動についてのあなたの考え           |                                                                            |                    |             |
| 学生時代に取り組んだ活動など                   |                                                                            |                    |             |
| 特記事項                             | 地域枠対象の学生である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ       |                    |             |
|                                  | 他の医療機関から奨学金を借りている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                    |             |
| 上記で「はい」にチェックをいれた場合は従事要件等を記載ください  |                                                                            |                    |             |
| 試験希望日                            | 第一希望                                                                       | 2025年 月 日(土曜日) 会場: | マッチング登録ID番号 |
|                                  | 第二希望                                                                       | 2025年 月 日(土曜日) 会場: |             |
|                                  | 第三希望                                                                       | 2025年 月 日(土曜日) 会場: |             |