

宮崎大学医学部附属病院 臨床研修医登録申請書

令和7年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

下記により宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修プログラムへ登録を申請いたします。

ふりがな				生 年 月 日	6 か月以内の写真
氏 名				昭和・平成 年 月 日 年齢 歳	写 真 4cm×3cm
性 別	男 ・ 女	出身地	都 道 府 県		
住 所	〒				
電話（自宅）				電話（携帯）	
E-mail	@ (携帯メールは不可)				
学 歴 〔 高等学校卒業以降を記入のこと 〕	年(元号)	月	学校名・学部学科名及び卒業・修了等の別		
			高等学校卒業		
プログラム	希望するプログラムの（ ）に希望順位をつけてください。一つのみでも可。 （ ） 自主デザイン研修プログラム （ ） 小児科研修重点プログラム （ ） 産婦人科/周産期研修重点プログラム				
地域従事要件の有無	あなたは特定の都道府県から、卒業後の従事要件等が課されていますか？ はい （ 都・道・府・県 ） ・ いいえ				

※別紙に作文テーマ：『宮崎大学臨床研修プログラムの2年間で医師としてどのように成長したいか』について、自分の考えを800字でご記入の上、必ず提出してください。
この登録申請書及び成績証明書を期限までに下記宛に郵送（簡易書留）もしくは持参してください。

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200
宮崎大学医学部 医療人育成課 卒後臨床研修係
TEL:0985-85-1864 FAX:0985-85-0693 E-mail:sotugo@med.miyazaki-u.ac.jp

