

## <募集要項の入力及びエントリーフォームの構成について>

### 1. 氏名等について

- ① 氏名
  - ・ 漢字
  - ・ ふりがな
  - ・ ローマ字
- ② 性別
- ③ 生年月日
- ④ メールアドレス（毎日確認する PC のメールアドレスをご記入ください）
- ⑤ 現住所
  - ・ 郵便番号
  - ・ 都道府県
  - ・ 住所 1
  - ・ 住所 2
- ⑥ 帰省先住所
  - ・ 郵便番号
  - ・ 都道府県
  - ・ 住所 1
  - ・ 住所 2
- ⑦ 電話番号
  - ・ 固定電話番号
  - ・ 携帯電話番号
  - ・ 帰省先の電話番号
- ⑧ 旧姓や外国籍の有無、内定書の送付先について
  - ・ 国籍（該当者のみ）
  - ・ 旧姓（該当者のみ）
- ⑨ 証明写真アップロード
- ⑩ マッチングユーザ ID
- ⑪ I R T 値
- ⑫ 地域枠について
  - ・ 地域枠の従事事項（該当者のみ）

### 2. 学歴について

### 3. 職歴について

### 4. 資格等について（※該当者のみ：免許証等がある場合は写しをご郵送ください）

### 5. エントリーシート（各項目は250文字以内で回答）

### 6. 備考（400時以内）

大きく分けて6グループ構成となっており、以前紙面でお申し込みいただいた願書、履歴書、エントリーシートの記入項目をフォームについております。

以下に、願書、履歴書、エントリーフォーム（紙面版）を掲載しておりますので

予め、テキストファイル等で内容を準備し、精査の上、WEBエントリーフォームに入力して送信願います。

※本年度は応募フォーム（WEB）の内容を反映します。

※受験番号

※欄は記入しないこと。

令和5年度 京都大学医学部附属病院群医師臨床研修プログラム  
研修医 選考試験願書

令和4年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

令和5年度京都大学医学部附属病院群医師臨床研修プログラム研修医選考試験の受験を申し込みます。  
なお、医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した際は、令和5年度京都大学医学部附属病院群医師臨床研修プログラム研修医として採用願いたく、申請いたします。

写真貼付 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、裏面に氏名を記入）

この欄内に貼付すること

ふりがな			性別
氏名（自署）			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所 (建物名, 部屋番号まで詳細に記入のこと)	〒( )	マッチングユーザーID(明瞭に記入すること。参加登録用IDではない)	
	TEL - -		
携帯電話	- -		
メールアドレスよみ			
メールアドレス※			
帰省先	〒( )	内定書を現住所でなく帰省先に送付希望する場合はチェックを入れること  <input type="checkbox"/>	
	TEL - -		
出身大学	大学	平成 令和 年 月 卒業・卒業見込み	
賞罰※※ (いずれかに0)	なし・あり(具体的に: )		
共用試験医学系CBTにおけるIRT値			※情勢により筆記試験が実施できない等、やむを得ない場合に参考とすることがあります。

※添付ファイルを受け取れるアドレスを入力してください。メールアドレスは 0/0(ゼロ/オー)・1/(イチ/エル)・-/\_/\_ (ハイフン/ドット/アンダーバー)等の誤りを防ぐためよみを記入の事。試験や採用について研修センターより連絡する場合があります ※※例 賞:国際大会・競技での入賞、国内大会で優勝・準優勝等 罰:罰金刑等の刑法犯等で過去に犯罪歴がある場合

# 履 歴 書

令和 年 月 日 現在

(1) ふりがな	性別		ふりがな				
	氏名		旧姓				
(2) 生年月日	年	月	日	(歳)	氏名のアルファベット表記		
	〒	-					
住所							
電話番号	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-	
(3) 国籍	在留資格		在留期限		年	月	日

学 歴 (高等学校以上の学歴を記入すること。)	元号	年	月	～	元号	年	月	学校等名称(学校、学部(研究科)、学科(専攻)、コース(課程))	修了区分
					～				
				～					
				～					
				～					
				～					

職 歴 等	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	会社等名称(組織名称・所属・職名等)
	(退職見込を含む)									
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					
					～					

(7) 免許・試験・資格等 ※免許の写しを添付すること	元号	年	月	日	名称	免許	登録番号	第	号

(8) 禁固以上の刑(執行猶予含む)に処せられたことが  ない ・  ある (必ずどちらかに○をすること)

本履歴書記載内容に相違ありません。

(署名)

ふりがな	
氏名	

## 令和5年度京都大学医学部附属病院群 研修医選考試験

### エントリーシート

以下の項目について、枠内に自筆で記入してください。(200字程度)

1. 京大病院での研修を志望する理由を述べてください。

2. これまでに何かやり遂げた経験について、具体的に述べてください。

3. あなた自身を自由にPRしてください。

令和5年度 京都大学医学部附属病院群医師臨床研修プログラム  
研修医 選考試験願書

記入例

令和 4年 6 月 30 日

京都大学医学部附属病院長 殿

写真貼付 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

令和5年度京都大学医学部附属病院群医師臨床研修  
プログラム研修医選考試験の受験を申し込みます。  
なお、医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した  
際は、令和5年度京都大学医学部附属病院群医師臨床  
研修プログラム研修医として採用願いたく、申請いたします。

ふりがな	きょうだい たろう		性別
氏名(自署)	京大 太郎		男・女
生年月日	昭和・平成 5年 5月 5日生		
現住所 (建物名、部屋番号まで詳細に記入のこと)	〒( △△△ -□□□□ )	マッチングユーザーID(明瞭に 記入すること。参加登録用ID ではない)	
	〇〇県××市××町〇番地〇	kyhp0000aa	
	〇〇マンション〇〇〇号		
TEL ××× - 〇〇〇 - 〇〇〇			
携帯電話	××× - 〇〇〇 - 〇〇〇		
メールアドレスよみ	いちぜろにえるいーていーいーあんだーばーじーおうあつとえむいーどつとえぬいーどつとじえいびー		
メールアドレス※	102lete_go@me.ne.jp		
帰省先	〒( △△△ -□□□□ )	内定書を現住所でなく帰省 先に送付希望する場合はチ ェックを入れること	
	〇〇県××市××町〇番地	□	
	〇マンション△△〇号		
TEL □△□ - 〇〇〇 - 〇〇〇			
出身大学	〇〇大学	平成	
賞罰※※ (いずれかに0)	なし・あり(具体的に: )		
共用試験医学系CBTにおける IRT値	〇〇〇	※情勢により筆記試験が実施できない等、	

※添付ファイルを受け取れるアドレスを入力してください。メールアドレスは 0/0(ゼロ/オー)・1/1(イチ/エル)・-/\_/\_  
(ハイフン/ドット/アンダーバー)等の誤りを防ぐためよみを記入の事。試験や採用について研修センターより連絡する場  
合があります ※※例 賞:国際大会・競技での入賞、国内大会で優勝・準優勝等 罰:罰金刑等の刑法犯等で過去  
に犯罪歴がある場合

## <入力画面に関する注意事項について>

**電話番号について**

① 携帯電話及び固定電話は、ご自身の電話番号をご入力下さい。  
固定電話は市外局番を付けて下さい。  
ハイフンをつけてご入力下さい。  
例：075-751-4839  
090-\*\*\*\*\*

固定電話

携帯電話

携帯先電話番号

---

**旧姓や外国籍の有無、内定書の送付先について**

郵送物の送付先を携帯先にする

改姓している

外国籍である

**国籍について**

① 在留期限をご入力下さい  
\*西暦の区切りはスラッシュでお願いします。

国籍

在留資格

在留期限

**旧姓**

① 改姓年月日：令和\*\*年\*\*月\*\*日

漢字

ふりがな

改姓年月日

外国籍であるにチェックを入れた場合のみ、  
質問が出現します。

改姓しているにチェックを入れた場合のみ、  
質問が出現します。

**証明写真をアップロードして下さい。**

① 画像サイズ：(縦) 3024×(横) 760px以上  
画像形式： jpeg(jpg) または PNG  
最大ファイルサイズは10.2MByteですので、画像容量にお気をつけ下さい。

アップロードファイル

---

**マッチングユーザーID**

① 参加登録用IDではないので、ご注意ください。

---

**IRT値**

① 共用試験医学系CBTにおけるIRT値をご入力下さい。  
採用にあたり参考にいたします。

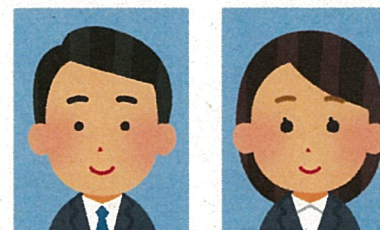
---

**地域枠について**

① 地域枠の対象者：入試や入学手続きにおいて、大学や自治体等から医学奨学金の給付を受けるなどにより、一定期間、決められた地域で初期臨床研修をするという取り決めを自治体と交わしている者。  
金銭給付を受けていない場合も含める。  
マッチング決定後に虚偽に申告が発覚した場合、採用内定を取り消す場合があります。

選択してください...

## <証明写真アップロードについて>



**3ヶ月以内に撮影した**履歴書に使用する証明写真（正面上半身脱帽の写真）

ファイル形：JPEG（jpg）またはPNG

画像サイズ：1024×768px（縦×横）

ファイル名：自動採番（入力フォームと連動した名前がつきます。）



## 学歴について

高等学校以上の学歴をご入力下さい。

学歴について (高等学校以上の学歴をご入力下さい)

- 年月については、和暦（昭和・平成・令和）でご入力下さい。
- <学校名等について>  
学校、学部（研究科）、学科（専攻）、コース（講座）をご入力下さい。
- <修了区分について>・以下の区分に該当するものをご入力下さい。
- 卒業、卒業見込
- 修了、修了見込
- 退学、退学見込
- 単位修得退学、単位取得退学見込
- 研究指導認定退学、研究指導認定退学見込
- 転学、転学部、転学科
- 除籍

	入学年月	終了年月	学校名等 <b>注1</b>	修了区分 <b>注2</b>
学歴①				
学歴②				
学歴③				
学歴④				
学歴⑤				
学歴⑥				
学歴⑦				

注1  
学校、学部（研究科）、学科（専攻）、コース（講座）を入力してください。

注2（修了区分は以下より該当するものをご入力下さい。）  
卒業、卒業見込、修了、修了見込、退学、退学見込、単位修得退学、単位取得退学見込、研究指導認定退学、研究指導認定退学見込、転学、転学部、転学科、除籍



## 職歴について

職歴について

● 開始年月及び、終了年月については、元号・西暦どちらの記載でも問題ありません。

	開始年月日	終了年月日（退職見込含む）	会社等名称（組織・所属・職名）
職歴①			
職歴②			
職歴③			
職歴④			
職歴⑤			
職歴⑥			
職歴⑦			

## 資格等について

免許・試験・資格

- 取得年月日は元号・西暦どちらでも問題ありません。
- 自動車免許の入力は不要です。入力フォームが不足する場合は、備考欄にご入力下さい。
- 医師免許をお持ちの場合  
医師免許 登録番号 第 \*\*\*\*\*号とご入力下さい。

	取得年月日	資格名称
資格①		
資格②		
資格③		

免許があるものについては、写しを  
卒業見込証明書又は卒業証明書を郵送時に同封して下さい。

学歴、職歴、資格等について入力欄が足りない場合は、  
備考欄にご入力下さい。

## エントリーシート

各項目250文字以内でご入力下さい。

京大病院での研修を志望する理由をご入力下さい。

● 最大文字数は 250字です。

これまでやり遂げた経験について、具体的にご入力下さい。

● 最大文字数は 250字です。

ご自身を自由にPRして下さい。

● 最大文字数は 250字です。

## 備考

試験に関して連絡事項がある場合は、ご入力下さい。  
資格や学歴等で項目に入力しきれなかった場合も、こちらにご入力下さい。

備考

● 最大文字数400字

試験に関する連絡事項がある場合や、学歴、職歴、資格等で  
入力欄が足りなかったものは備考にご入力下さい。