公益社団法人地域医療振興協会　横須賀市立総合医療センター

写真

無帽、上半身

3ヵ月以内に撮影

4 cm x 3 cm

裏面に氏名記入

初期臨床研修医選考試験申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日(西暦) | 　　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　歳） |
| フリガナ |  |
| 現住所 | 〒　　 -　 |
| 電話 |  | E-mail |  |
| フリガナ |  |
| 連絡先 | 〒　　 -　 　(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） |
|  |
| 学　歴（高等学校以降） |
| 修業期間（西暦） | 学校・学部・学科名　 |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 職　歴 |
| 在職期間（西暦） | 勤務先名 |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |  |
| 不足する場合は、別紙に記入・添付のこと |
| 年(西暦) | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 趣味 | 特技 |
| 学生時代の活動 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 将来希望する診療科・診療分野 |
| 他に志望する病院 |
| 医師を志した理由 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 当院を志望する理由 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 自己ＰＲ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 地域枠について（いずれかに〇をつけること） | 「地域枠」でない | 「地域枠」である |
|  |

記入日　　　年　　月　　日