臨床研修申込書

茨城県立中央病院長 殿

　わたしは，貴院の研修医採用試験に合格し，医師臨床研修マッチングにおいてマッチした際には，貴院において医師法第16条の2第1項に基づく医師臨床研修を実施します。

次の確認欄に☑を付けて提出してください。

□　顔写真を貼り付けてありますか。電子データの貼り付けでもＯＫです。

□　パソコン等で英数字を入力の際は半角としていますか。

　　□　年号等は「○」を付けて選択していますか。

　　□　漏れなく記入しましたか。（押印は不要です）

西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験希望日 | 第一希望　8／ | | 第二希望　8／ | | 第三希望　8／ | |
| 顔写真  ここに顔写真を貼付するか電子データをペーストして印刷してください | （ふりがな） |  | | | | |
| 氏　名  （自　署） |  | | | | |
| （旧氏名　西暦　　　　年　　月　　日変更） | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日（　　歳） | | | | |
| 現住所 | 〒 － | | | | | |
| 固定電話番号 | －　　－ | | 携帯電話番号 | | －　　　－ |
| ＰＣアドレス |  | | | | |
| 携帯アドレス |  | | | | |
| 緊急連絡先  （実家等） | 〒 － | | | | | |
| 氏名等 | （続柄） | | | | |
| 固定電話番号 | －　　－ | | 携帯電話番号 | | －　　　－ |

資格・免許等　※記入欄が不足する場合は4頁目（自由書式）に記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格・免許等の名称 | 免許等の交付者 | 番号等 | 資格取得年月日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

学歴（小学校から記入）　※記入欄が不足する場合は4頁目（自由書式）に記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名  （学部・学科等） | 修学期間 | 修学  年数 | 修学区分 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |
| （） | 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業・卒業見込  転校・退学 |

職歴　※記入欄が不足する場合は4頁目（自由書式）に記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在職期間 | 在職機関名 | 研修分野又は発令機関 |
| 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 自 西暦　　　　年　　月　　日  至 西暦　　　　年　　月　　日 |  |  |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

両親・兄弟の状況　※記入欄が不足する場合は4頁目（自由書式）に記入すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　　前 | 職業 | 続柄 | 年齢 | 扶養義務 | 同居・別居 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |

当院を志望する理由　※記入欄が不足する場合は4頁目（自由書式）に記入すること。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 病院記入欄（応募者は記入しないでください） |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

各記入欄が不足した場合のみ４ページ目を提出してください。

（以下，自由書式で記入）