履　歴　書（茨城県立中央病院　外科専門研修プログラム申込書）

※記入又は入力上の注意

・完成したものに押印を忘れぬよう願います。

・必ず、顔写真を貼付又は電子データを貼り付けてから印刷してください。

・入力の場合は、数字は全て半角で入力してください。

・選択欄（年号等）は○を付して選択してください。

西暦　　　　年（令和　　年）　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 顔写真  ここに写真貼付又は画像をペーストしてください | （ふりがな） |  | | |
| 氏　　名  ※パソコン等で作成の  場合は、自筆署名してください。 | 印 | | |
| （旧氏名　　　　　西暦　　　年（昭和・平成　　年）　　月　　日変更） | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | |
| 本 籍 地 | 都・道・府・県　　　　　区・市・町 | | | |
| （ふりがな） |  | | | |
| 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 |  | | |
| （ふりがな） |  |  | | |
| 緊急連絡先  （ご実家等） | 〒　　　- | | | |
| 氏 名・続 柄 | （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本書裏面に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  | 昭和・平成・令和 　年 　月 　日 |
|  |  |  | 昭和・平成・令和 　年 　月 　日 |
|  |  |  | 昭和・平成・令和 　年 　月 　日 |

学歴（小学校から記入，記入欄が不足する場合は本書裏面に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名，学部・学科・専攻名 | 修学期間 | 修学  年数 | 修学区分  （○を付してください） |
|  | 自　昭和・平成 年 月 日  至　昭和・平成　 年 月 日 | 年 | 卒業・卒業見込  第　学年（就学中・退学） |
|  | 自　昭和・平成 年 月 日  至　昭和・平成　 年 月 日 | 年 | 卒業・卒業見込  第　学年（就学中・退学） |
|  | 至　昭和・平成・令和　 年 月 日  至　昭和・平成・令和　 年 月 日 | 年 | 卒業・卒業見込  第　学年（就学中・退学） |
|  | 自　昭和・平成・令和 年 月 日  至　昭和・平成・令和　 年 月 日 | 年 | 卒業・卒業見込  第　学年（就学中・退学） |
|  | 自　昭和・平成・令和 年 月 日  至　昭和・平成・令和　 年 月 日 | 年 | 卒業・卒業見込  第　学年（就学中・退学） |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

職歴（協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設を含む）

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

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

私は、2023年度（令和5年度）　茨城県立中央病院　外科専門研修プログラムに応募します。　　　印

○現時点で、外科専門研修あるいはその後の領域外科研修において、志望する科がある場合は該当する

科名の前に○を付けてください。（複数回答可）

消化器外科　　　呼吸器外科　　　乳腺外科　　　内分泌外科　　　心臓血管外科

血管外科　　　　一般外科　　　　　　　　　　　特になし

○初期研修において外科系研修をおこなった場合、登録ＮＣＤ数を記してください。（わかる場合のみで結構です）

登録ＮＣＤ数　　　　　　　例