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。

□　英数字は半角で作成しましたか。

　　□　選択部分は必要な文言を残して抹消しましたか。

　　□　記入漏れはありませんか。（押印は不要）

　　□　印刷して氏名欄を自署しましたか。

西暦 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **顔写真****ここに顔写真を貼付又は電子データをペーストしてから印刷してください** | （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 |  |

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 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日 |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

学歴（中学校の卒業から記入）※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※抹消式 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　） | 自 西暦　　　　年　　月　　日至 西暦　　　　年　　月　　日 | 年 | 卒業 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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 |  |  |

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※抹消式 | 同居・別居※抹消式 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |
|  |  |  |  | 有・無 | 同・別 |

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

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）