

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		印	
	※パソコン等で作成の 場合は、自筆署名して ください。		(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（ ）

私は、2024 年度（令和 6 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
--------	---