

履歴書（茨城県立中央病院 内科専門研修プログラム申込書）

※記入又は入力上の注意

- ・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（符号等）は○を添付して選択してください。

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

令和 年 月 日

茨城県立中央病院 令和6年度専攻医申込書

私は、茨城県立中央病院 内科専門研修プログラムに応募いたします。

| | | | |
|-------|-------------------|--------|---|
| ふりがな | | 性別 | 印 |
| 氏名 | | 男 女 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号等 | TEL | | |
| | 携帯 | | |
| | E-mail @ | | |
| 志望動機 | | | |
| 自己PR | | | |