医師臨床研修申込書

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。

・　本書の内容に不備がある場合は申込無効としますので注意して作成してください

・　顔写真を貼付又はペーストしてカラー印刷し，氏名欄は自署してください（押印不要）

・　英数字は全て半角で入力し，文言を選択する部分は必要のない文言を削除してください

　　・　本書の体裁を崩さずに各ページ（全４頁）の再下部の括弧に氏名を入力してください

西暦2025年 7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） |  | | |
| 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 |  | | |

１）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（　　　　　　　　　　　　　　）

２）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（不要なものは抹消） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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 |

３）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 |  |  |

４）両親及び兄弟の状況　※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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職業 | 続柄 | 年齢 | 扶養義務  ※どちらか抹消 | 同居・別居  ※どちらか抹消 |
|  |  |  |  | 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（　　　　　　　　　　　　　　）

５）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（申込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。不足していない場合は提出しないでしください。（以下，自由書式で記入）

氏名（　　　　　　　　　　　　　　）