

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・令和		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	免許証等の交付者	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)
	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)
	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）

[illegible]

氏名（ ）

私は、2026年度（令和8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○を付けて下さい（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行った場合、登録NCD数を記して下さい（わかる場合のみで結構です）

登録NCD数	例
--------	---