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，〇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 （〇を付してください）
	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）

在職期間	在職機関名	研修分野又は発令機関
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		
自　平成・令和　年　月　日 至　平成・令和　年　月　日		

氏名（　　）

私は、2027年度（令和9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

〇現時点で、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〇を付けて下さい（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

〇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