|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初期臨床研修申込書　兼　履歴書 | | | | | | 令和　 年　　月　　日現在 | | |
| フリガナ | |  | | | 性　別 | | | （写真欄）  縦4.5cm×横3.5cm  １．３ヶ月以内に撮影した  　　もの  ２．正面、上半身、脱帽、  　　無背景で、本人である  　　とはっきり確認できる  　　もの  （令和　年　月　日撮影） |
| 氏　名 | |  | | | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　年　月　日（満　　歳） | | | | | |
| 現住所  連絡先 | | 〒　　　－  　　電話（　　　　）　　　　－  　　E-mail　　　　　　　　@ | | | | | |
| 住　所  （帰省先） | | 〒　 　－  　　電話（　　　　）　　　　－ | | | | | | 本　籍　地 |
| 都道  府県 |
| 学　　歴 | 入学年月 | | 卒業(見込)年月 | 学　　　校　　　名 | | | 学　部　・　学　科　名 | |
| 年　月 | | 年　月 | 高等学校 | | |  | |
| 年　月 | | 年　月 |  | | |  | |
| 年　月 | | 年　月 |  | | |  | |
| * 特別枠　　　　□ 地域枠　　　　　　　　　　　　＊該当する場合は□に✓を記載 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格・免許 | 種　　別 | | 取 得 年 月 日 | | 登録番号 | 交付機関名 | |
|  | | 年 　月 　日(取得・見込) | |  |  | |
|  | | 年 　月 　日(取得・見込) | |  |  | |
|  | | 年 　月 　日(取得・見込) | |  |  | |
| 配　偶　者 | | 有 ・ 無 | 扶養家族  （配偶者除く） | 人 | 配偶者の扶養義務（配偶者有の場合） | | 有 ・ 無 |
| 応募の動機・志望科等 |  | | | | | | |
| 私は、富山県済生会高岡病院初期臨床研修医として募集要項に基づき申し込みます。  　　富山県済生会高岡病院　院長　川端　雅彦　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |