|  |  |
| --- | --- |
| 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3.5cm１．３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 |  |  |
| 年　月 | 年　月 |  |  |
| 職　歴 | 就職年月日 | 退職年月日 | 会社等の名称及び職種（仕事の内容） |
| 年 　月 　日 | 年 　月 　日 |  |
| 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) |  |  |
|  | 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 | 受験希望日：　　　　月　　　　日 |
| 　私は、黒部市民病院初期臨床研修の募集要項に基づき申し込みます。　　黒部市民病院　院長　辻　宏和　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |