**令和５年度三沢市立三沢病院臨床研修申込書**

三沢市立三沢病院事業管理者　　殿

私は、下記により令和５年度三沢市立三沢病院臨床研修プログラムに申し込みます。

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日年齢・性別 | 　　　　年　　月　　日（　　　歳）　男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 現住所 | 〒電話(携帯)：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ ： |
| 連絡先(帰省先) | 〒電話　　　： |
| 出身大学 | 令和　　　年　　　月　　　日（　卒業　・　卒業見込　） |
| 大学 | 学部 | 学科 |
| 選考(面接) | 希望日を複数記入してください。※調整のうえ選考(面接)日を決定します。 |

提出先：〒０３３－００２２

青森県三沢市大字三沢字堀口１６４番地６５号

三沢市立三沢病院事務局管理課　臨床研修担当

電話：０１７６－５３－２１６１

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：mchkanri@r20.7-dj.com

研修希望調査票

氏　　名

１．三沢市立三沢病院臨床研修プログラムを選択した理由

２．２年目で希望する将来専門としたい診療科と関連診療科（31週間）（複数可）

　　※未定の場合は、１年目８月までに必ず届けること。

３．研修に対する希望・抱負

４．研修終了後の進路に関する希望

履　　　歴　　　書

令和　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ | 顔写真（無帽、正面）縦４cm×横３cm（最近３ヶ月以内に撮影したもの） |
| 印　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　歳） |
| 旧 氏 名 | （　　　　年　　　月改姓） |
| 現 住 所 | フリガナ |
| 〒電話（自宅・携帯・その他）　　　　　　（　　　　　） |
| 本　　籍 |  |
| 連 絡 先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） | フリガナ |
| 〒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）電話　　　　　　（　　　　　） |
| 学　　歴（高等学校卒業から記入） | 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 職　　歴 | 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 免許･資格等 | 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 趣味･特技 |  |
| 家族の状況（勤務先等） |  |