令和５年度　専門研修申込書（兼履歴書）

新城市民病院

　研修管理委員会　あて

西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | 性　別 |  | 写　真 |
| 氏　　名 | |  | | 印 | | | 男・女 | （3cm×4cm） |
| （ローマ字表記） | | ( |  | | ) | |  | ※3か月以内に撮影したものに限る。  ※裏面に氏名を記入のこと。 |
| 生年月日  （　西　暦　） | | 年　　　　月　　　　日　（　　　才） | | | | | | |
|  | | 〒　　　　　－ | | | | | | | |
| 現　住　所 | |  | | | | | | | |
|  | | 電話番号（　　）　　　－ | | | | 携帯番号（　　）　　　－ | | | |
| メールアドレス | | ＠ | | | | | | | |
| 年 | 月 | 学　歴　（高校卒業時から） | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
| 年 | 月 | 職　歴 | | | | | | | |
|  |  |  | | 初期研修開始 | | | | | |
|  |  |  | | 初期研修終了（見込み） | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |

＜　裏面あり　＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 氏　名 |  | | |
| 希望する  基本領域 | 総　合　診　療 | | | | | | 科 |
| 希望する  専門研修 | □ | 愛知県東三河総合診療科専門研修プログラム | | | | 【日本専門医機構】 | |
| □ | 愛知県東三河新家庭医療専門研修プログラム | | | | 【日本プライマリ・ケア連合学会】 | |
| □ | 病院総合医育成プログラム | | | | 【日本病院会】 | |
| 免　許　・　資　格 | | | | | | | |
| 医師免許証：第 | | |  | 号　／ | 年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 志　望　動　機 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 自　己　Ｐ　Ｒ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 趣　味　・　特　技 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| その他特記事項（面接や採用後の希望など） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

新城市民病院　研修管理委員会