

受験番号：

西暦 年 月 日

地方独立行政法人りんくう総合医療センター  
病院長 様

### 臨床研修願 兼 履歴書

りんくう総合医療センター研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、  
よろしく願いいたします。

ふりがな 氏 名		性別 男・女
生年月日 年 月 日生 (満 歳)		
ふりがな 現住所 〒 -	電話 (携帯)	
	電話 (自宅)	
E-mail アドレス		
ふりがな 受験票等発送先 (現住所と同じ場合は記入不要) 〒 -		

写真をはる位置  
1. 縦 36~40 mm  
横 24~30 mm  
2. 本人単身胸から上  
3. 裏面のりづけ

年	月	学歴 (高等学校卒業以降) ・ 職歴

年	月	免許・資格

当院を志望した理由

将来希望する進路

診療科名 1	
診療科名 2	
診療科名 3	

備考

記入上の注意：1.鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入 2.文字はくずさず正確に書く