|  |
| --- |
| 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、

よろしくお願いいたします。

写真をはる位置

1. 縦　36～40㎜

横　24～30㎜

1. 本人単身胸から上
2. 裏面のりづけ

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

|  |  |
| --- | --- |
| 希望プログラム　　　　　必ず「希望する」または「希望しない」どちらかに〇をつけてください　※併願可 | |
| ＳＴＡＲＳ | 希望する　　　・　　　　希望しない |
| 広域連携型プログラム | 希望する　　　・　　　　希望しない |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  |

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