

西暦

年

月

日

受験番号：

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 mm
横 24～30 mm
2.本人単身胸から上
3.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

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○をつけてください ※併願可		
S T A R S	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	

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

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