履歴書及び研修調書

令和　 　 年　　　月　　　日現在

写真を貼る位置

写真を貼る場合

１.縦 36～40㎜

横 24～30㎜

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） | | | | | | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | 電話番号（携帯電話可） |
|  | | | | | | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | 電話番号 |
| 連絡先 | 〒 | | |  | | （現住所以外に連絡を希望する場合に記入） | | |  |
|  | | | | | | | | |
| 年　　月 | | | | | 学　　　歴（高等学校・大学のみ） | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 趣　味： | |  | | | | | | 健 康 状 態： | |
| 希望プログラム：○印をつけてください  (併願時は希望順位を記入してください) | | | | | | |  | いわき市医療センター卒後臨床研修プログラム | |
|  | いわき市医療センター総合診療重点プログラム | |
| 試験希望日：令和　　　年　　　月　　　日（希望日をご記入ください） | | | | | | | | | |
| 貸与を受けている(または受けていた)修学資金 ：　　　有　　　・　　　無 | | | | | | | | | |
| 修学資金の名称 ： | | | | | | | | | |
| 将来専攻したい専門分野 ： | | | | | | | | | |
| 選択科の希望診療科 ： | | | | | | | | | |
| 研修についての希望 ： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |