明石市立市民病院専修医採用試験申込書

写　真
・申込前6カ月以内に撮影したもの ・上半身、正面向 ・縦4.0 × 横3.0cm

ふりがな 氏　名		性　別 男 ・ 女	受験番号 ※
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　才）		
ふりがな 現住所	〒□□□－□□□□	電話（　　）　－ 携帯（　　）　－ E-Mail	
ふりがな 連絡先 (上記と異なるとき)	〒□□□－□□□□	電話（　　）　－ 携帯（　　）　－ E-Mail	

	学校名	学部・学科	在学期間	修学年数等
学歴			年　月から 年　月まで	年制　卒業・中退 卒業見込
			年　月から 年　月まで	年制　卒業・中退 卒業見込
			年　月から 年　月まで	年制　卒業・中退 卒業見込

	勤務先	勤務内容	在職期間	退職理由
職歴			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	
			年　月から 年　月まで	

	名　称	取得年月日	初期研修での選択科目
資格免許		年　月　日	
		年　月　日	後期研修での研修希望診療科
		年　月　日	

既往症	□　なし　　□　あり（病名　　）
心身状態	□　良好　　□　やや弱い　　□　病弱

他病院の受験申込状況（差し支えなければご記入ください。）				受付印
病院名		受験日	年　月　日	※
病院名		受験日	年　月　日	
病院名		受験日	年　月　日	
病院名		受験日	年　月　日	

[記入上の注意]

- 記入はすべて本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを使い、丁寧に記入してください。
- ※印欄以外の欄はもれなく記入してください。
- 学歴は義務教育終了後の内容をご記入ください。
- 記載内容に不正があると専修医として採用される資格を失うことがあります。