

山形県立こころの医療センター専門研修プログラム選考申込書

山形県病院事業管理者 大 澤 賢 史 殿

平成 年 月 日 現在

写真添付欄

1. 申込前6か月以内
2. 縦 36～40mm
横 24～30mm
3. 本人単身胸から上

フリガナ			
氏名	(印)		
生年月日	※ 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	※ 男・女	
現住所	〒 —		
連絡先	電話番号 (※ 自宅・携帯) — —		
	E-mail		
実家	〒 — 電話番号 — —		
学歴 高等学校卒業から記入してください。	高等学校	平成 年 月卒業	
		平成 年 月入学	
		平成 年 月卒業	
		平成 年 月入学	
		平成 年 月卒業	
		平成 年 月入学	
医籍登録年月日号 及び番	※ 昭和・平成 年 月 日	第 号	
臨床研修歴	病院	自：平成 年 月	
	研修医	至：平成 年 月	
	病院	自：平成 年 月	
	研修医	至：平成 年 月	
勤務歴		自：平成 年 月	
		至：平成 年 月	
		自：平成 年 月	
		至：平成 年 月	

- 記入注意
1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記具で記入
 2. 数字はアラビア文字で、文字は崩さず正確に記載
 3. ※印のところは○で囲む
 4. 学歴は高等学校卒業時から記載

研修希望診療科		第一希望	第二希望
志 望 動 機			
年号	年	月	認定・免許・資格・TOEIC・賞罰など
自己PR（長所・短所）		趣味・特技・文化活動など	
その他特記事項 面接日のご希望などが ありましたらご記載く ださい。			
扶養家族（配偶者を除く）		配偶者	配偶者の扶養義務
人		※ 有 ・ 無	※ 有 ・ 無
採用者側の記入欄（志望者は記入しないでください）			