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　阿　彦　忠　之　殿

令和　　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		
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・令和　　年　　月入学
				平成・令和　　年　　月卒業
				平成・令和　　年　　月入学
				平成・令和　　年　　月卒業
				平成・令和　　年　　月入学
				平成・令和　　年　　月卒業
医籍登録年月日及び番号	※昭和・平成・令和　　年　　月　　日		第　　号	
臨床研修歴		病院	※	自：平成・令和　　年　　月
		研修医		至：平成・令和　　年　　月
		病院		自：平成・令和　　年　　月
		研修医		至：平成・令和　　年　　月
勤　務　歴			※	自：平成・令和　　年　　月
				至：平成・令和　　年　　月
				自：平成・令和　　年　　月
				至：平成・令和　　年　　月
				自：平成・令和　　年　　月
				至：平成・令和　　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）