

| | | | | |
|-------|-----|--|------|--|
| 事務局記入 | 受理日 | | 受験番号 | |
|-------|-----|--|------|--|

※記入上の注意 1、手書きで記載すること 2、年号は西暦で記載すること

| | | | | | |
|----------------------------|----------|-------------------------|-----------|-----------------------|--|
| 初期臨床研修申込書 兼 履歴書 | | | | 年 月 日 現在 | |
| フリガナ | | | | | <p style="text-align: center;">(写真欄) 縦4cm×横3cm</p> <p>1. 3ヵ月以内に撮影したもの 2. 正面、上半身、脱帽、 無背景で本人であると はっきり確認できるもの</p> |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 (満 歳) | |
| 現住所 連絡先 | 〒 - | | | | |
| | 電話 () - | | | | |
| | E-mail: | | | | |
| 住所 (帰省先) | 〒 - | | | | |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 (会社等の名称及び職種・仕事内容) | | | |
| | | 高等学校 卒業 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 年 | 月 | 免許・資格名称 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 配偶者 | 有 ・ 無 | 扶養家族 (配偶者除く) | 人 | 配偶者の扶養義務 (配偶者有の場合) | 有 ・ 無 |
| 地域枠学生 (修学金制度利用の有無) (制度区分名) | | | 無 ・ 有 () | | |
| 賞罰 (罰金刑：交通違反の赤切符も対象) | | | 無 ・ 有 | | |

志望動機・研修後のキャリア形成について

【志望診療科】

科 ・ 未 定

自己PR 【趣味・特技・部活動

】

マッチング参加 ユーザーID

選
考
日
程

8月5日(土)、19日(土)、26日(土)

選考会希望日を第2希望まで明記

第1希望日： 月 日 ()

第2希望日： 月 日 ()

私は、セコメディック病院初期臨床研修の募集要項に基づき申し込みます。

セコメディック病院 院長 星 誠一郎 殿

年 月 日

氏名

印