

# 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		性 別	受 験 番 号
氏 名		男 ・ 女	※
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 歴	学校名	学部・学科	在学期間
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
職 歴	勤務先	勤務内容	在職期間
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
資 格 免 許	名 称	取得年月日	初期研修での選択科目
		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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 )		
心身状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや弱い <input type="checkbox"/> 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。