

沖縄県立中部病院 初期臨床研修申込書

ふりがな		男 / 女
氏名		
生年月日	平成 / 昭和 年 月 日生 (満 歳)	

過去3ヶ月以内に
撮影した写真
上半身、脱帽
(4cm×3cm)

研修プログラム (○をつけて下さい)	1. 総合プログラム *下記の希望する科を☑してください。 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 救命救急科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 2. 小児科 (小児科専攻プログラム) 3. 産婦人科 (産婦人科専攻プログラム)		
地域枠	地域枠である <input type="checkbox"/> 地域枠でない <input type="checkbox"/>		
面接試験方法	希望する方法を○で囲んでください。 1. 対面面接(沖縄会場) 2. Web面接		
面接試験日	第1希望の面接日に☑をしてください <input type="checkbox"/> 8月3日(土) / <input type="checkbox"/> 8月17日(土) ※面接日時についてはご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。		
現住所	〒 e-mail: 電話番号() - 携帯番号() -		
本籍地	都道府県	緊急連絡先 (台風で延期になる場合等)	
受験票送付先住所	※現住所以外の住所で受験票を受け取りたい場合のみご記入下さい		
実家の住所	〒 電話番号() -		

学 歴

入学年月日	学校名(高校より記入のこと)	学部・学科	卒業年月日
S・H・R 年 月			S・H・R 年 月 卒・中退・見込
S・H・R 年 月			S・H・R 年 月 卒・中退・見込
S・H・R 年 月			S・H・R 年 月 卒・中退・見込
S・H・R 年 月			S・H・R 年 月 卒・中退・見込

職 歴

入社年月日	会社名など	退社年月日
H・R 年 月		H・R 年 月
H・R 年 月		H・R 年 月
H・R 年 月		H・R 年 月

※欄が不足する場合は、適当な紙を継ぎ足して記入してください。

免許・資格	資格・免許の名称	授与機関	取得年月日

趣味

運動

家族	氏名	続柄	年齢	同居／別居	備考

研修希望理由（具体的に）