|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 埼玉医科大学総合医療センター  専門研修申込書 兼 履歴書  年 　　月　　 日現在  埼玉医科大学総合医療センター病院長　殿  写真を貼る位置  撮影から3ヶ月以内  デジタルdata貼り付けも可   1. 縦 36～40mm   横 24～30mm  2. 本人単身胸から上  3. 裏面のりづけ  4 .裏面に氏名記入  私は、貴院において専門研修を希望するため、関係書類を添えて申し込みます。 | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | 男 ・ 女 | | |  | |
| 氏 名 |  | | | | | |
|
| 生年月日 | 年　 　月　 　日　（満　 　歳） | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | 電話 | |
| 現住所（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | E-mail | |
|  | | | | | | | | | |  | |
|
| ふりがな |  | | | | | | | | | 電話 | |
| 連絡先（〒　　　－　　　　）　　　　（現住所以外に書類送付を希望する場合のみ記入） | | | | | | | | | | E-mail | |
|  | | | | | | | | | |  | |
|
| 出身大学 | |  | | 卒業年月 | | | | 年 月 卒業 | | | |
| 初期研修施設 | |  | | 研修期間 | | | | 年 月 ～ 年 月（予定） | | | |
| 専門研修プログラム名 | | 年 月 （開始 or 開始予定） ～ 年 月（終了予定） | | | | | | | | | |
| 基幹施設名 | |  | | | | | | | | | |
| 採用希望診療科 | |  | | | 取得希望専門医 | | | |  | | |
| 地域枠奨学金 | | □有 （　　　　　 　　 ）都道府県 　・ 　□無 | | | | | | | | | |
| 採用希望日 | | 年　　　 　月　　 　　日　　採用希望 | | | | | | | | | |
| 年（西暦） | 月 | | 学歴（高校入学以降）・ 職歴 ・ 賞罰 | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
| 年（西暦） | 月 | | 学歴（高校入学以降）・ 職歴 ・ 賞罰 のつづき | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
| 年（西暦） | 月 | | 医師免許　・　資格 ・ 学位（修士 or 博士、大学名、番号）など | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
| 志望の動機、自己PR、趣味、特技など | | | | | | 通勤時間 | | | | | |
| 約　　　 　時間　　 　　分 | | | | | |
| 扶養家族（配偶者を除く） | | | | | |
| 人 | | | | | |
| 配偶者 | | | | | 配偶者の扶養義務 |
| 有　・　無 | | | | | 有　・　無 |
| 備考（上記に書ききれない内容や特に希望などがあれば記入） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 本書類の記載内容については事実に相違なく、虚偽の記載があった場合には、採用取消や懲戒処分等の対象となり得ることについて了承いたします。  年　　 　月　　 　日　　　　　　署名　　　　　　　　　　　　 　　　　　 （自書）  ※この用紙は、①臨床研修修了登録証（写）②初期臨床研修修了見込証明書（①がまだの場合、初期研修施設発行のもの書式フリー）③医師免許証(写) ④保険医登録票（写）⑤現在所属する施設長からの推薦状  とともに以下へ送付してください。  **〒350-8550　 埼玉県川越市鴨田1981　埼玉医科大学総合医療センター　臨床研修センター 宛**  ※記載は 直筆 or デジタル どちらでも問題ありません。（署名は直筆してください）  ※印刷をして**署名欄に署名をし、送付してください。** | | | | | | | | | | | |