別紙様式１（規格Ａ４）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **研 修 申 込 書**  平成 　年 　月 　日現在 | 写　　真 (30×40ﾐﾘ) 無帽単身 上半身無背景 |  |
|  |  ふりがな |  男 ・ 女 |  |
|  氏　　名 |  　 　　 |
|  生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
|  |
|  ふりがな | 電話 － －携帯 － －e-mail |
| 現 住 所(〒　　－　　) |
|  ふりがな | 電話 － － |
| 連 絡 先(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)(〒　　－　　) |

◆ **希望研修種別**　（いずれかに○印を記入してください）

 医師　（ ａ シニア・レジデント ｂ レジデント　　ｃ 臨床研修　）

◆ **学　歴** （高校から記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開始年月 | 卒業(修了)年月 | 学　　　　　歴 |
|  昭 ・ 平 年 　月 |  昭 ・ 平 年 　月 |  |
|  昭 ・ 平 年 　月 |  昭 ・ 平 年 　月 |  |
|  昭 ・ 平 年 　月 |  昭 ・ 平 年 　月 |  |
|  昭 ・ 平 年 　月 |  昭 ・ 平 年 　月 |  |
|  昭 ・ 平 年 　月 |  昭 ・ 平 年 　月 |  |

◆ **臨床研修歴 ・ 勤務歴** （欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  就職期間(年月日~年月日) | 勤務先名称 | 所　在　地（市町村名のみ） | 職　名(常勤･非常勤区分) | 担当業務 |
|  |  |  |  ( ) |  |
|  |  |  |  ( ) |  |
|  |  |  |  ( ) |  |
|  |  |  |  ( ) |  |
|  |  |  |  ( ) |  |

◆ **資格・免許** （学会認定資格を含む）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・免許名称 | 登 録 番 号 | 取 得 年 月 日 |
| 　医　師　免　許 | 医籍登録 第 　　　　号 | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |
|  |  | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |
|  |  | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |
|  |  | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |
|  |  | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |
|  |  | 　昭 ･ 平 　 年 月　 日 |

◆ **志望の動機** （当センターを希望する理由もお願いします）

|  |
| --- |
|  |

◆ **学生生活等**

|  |  |
| --- | --- |
| 卒業論文卒業研究等のテーマ |  |
| ク ラ ブ活 動 歴 |  |
| 趣　　味 |  |

◆ **その他の特記事項** （自己ＰＲなど）

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 今までにかかった病気等による入院歴 |  | 現 在 の健康状態 |  |