

2023年度（令和5年度）福山市民病院 専攻医採用選考 申込書

裏面も必ず記入してください。（この申込書は画面印刷で使用してください。）

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> 写 真 必ず貼ってください。 (1) 縦4.0cm, 横3.0cm (2) 6か月以内に 撮影の脱帽上半身 正面向き (裏面に名前を明記) </div>	研修希望診療科	フリガナ		
		名 前		
	※受付年月日	生年月日	年 月 日生 2023年(令和5年)4月1日 で満 歳 [例:1996年(平成8年)12月1日生の人は満26歳]	
現住所 〒 - 電話 () - (携帯電話 - -) メールアドレス ()				
帰省先等, 現住所以外の連絡先 〒 - 電話 () -				
学 歴 高校から 順に記入 してくだ さい。	学 校 名	学部・学科名	在学期間	修学区分
			年 月から 年 月まで	卒業・転校等・卒業見込・ 中退・中退予定
			年 月から 年 月まで	卒業・転校等・卒業見込・ 中退・中退予定
			年 月から 年 月まで	卒業・転校等・卒業見込・ 中退・中退予定
			年 月から 年 月まで	卒業・転校等・卒業見込・ 中退・中退予定
職歴（勤務上の経験を年代順に詳しく記入してください。）				
在 職 期 間		勤務先(所属まで 詳しく記入)	勤務内容	所在地
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				

※印の欄は記入しないでください。

資格・免許等	資格・免許等の名称	取得（見込み）年月
		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込

趣味・特技等

自己PR

志望の動機

配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	扶養家族数(配偶者を除く) 人
------------	-----------------	--------------------

上記のとおり、申し込みます。なお、私は募集要項に掲げてある応募資格を満たしており、申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

名 前 _____
(必ず自署してください)