山形県立中央病院　外科専門研修プログラム申込書

山形県病院事業管理者　大澤　賢史　殿

令和　　年　　月　　日　現在

写真添付欄

1. 申込前6か月以内
2. 縦　36～40㎜
   横　24～30㎜
3. 本人単身胸から上

フリガナ		
氏名	㊞	
生年月日	※ 昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳）	※ 男・女
現住所	〒　　－	
連絡先	電話番号（※自宅・携帯）　　－　　－	
	E-mail	
実家	〒　　－ 電話番号　　－　　－	

学歴 高等学校卒業から記入してください。	高等学校	平成　年　月卒業
		平成　年　月入学
		平成　年　月卒業
		平成　年　月入学
		平成　年　月卒業
		平成　年　月入学
		平成　年　月卒業

医籍登録年月日及び番号	※ 昭和・平成　　年　　月　　日	第　　号

臨床研修歴	病院	自：　年　月
	研修医	至：　年　月
	病院	自：　年　月
	研修医	至：　年　月
勤務歴		自：　年　月
		至：　年　月
		自：　年　月
		至：　年　月
		自：　年　月
		至：　年　月

記入注意　1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記具で記入　2. 数字はアラビア文字で、文字は崩さず正確に記載
3. ※印のところは○で囲む　4. 学歴は高等学校卒業時から記載

希望コース名	※ ①Ａコース　　②Ｂコース		
将来の希望診療科 (ｻﾌﾞｽﾍﾟｼｬﾙﾃｨ領域)	第一希望	第二希望	
志　望　動　機			

年号	年	月	認定・免許・資格・ＴＯＥＩＣ・賞罰など

自己ＰＲ（長所・短所）	趣味・特技・文化活動など
その他特記事項 面接日のご希望などがありましたらご記載ください。	

扶養家族（配偶者を除く） 人	配偶者 ※　有　・　無	配偶者の扶養義務 ※　有　・　無
採用者側の記入欄（志望者は記入しないでください）		