

平成29年度採用
 青梅市立総合病院 後期臨床研修医採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

希 望 科 診 療 科	内科系・内科()科) 外科・麻酔科・救急科 希望する科に○を付けること		受 験 号 番 号	※	—	写 真 上半身正面脱帽 (約5cm×4cm)
ふりがな				性 別		
氏 名				男・女		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	満 歳	
ふりがな						
現 住 所	(〒 —)					
連 絡 先	電話番号 — —			左記以外の連絡先 携帯電話・その他(—)		
	E-mail: — —					
履 歴	学 歴	昭和・平成	年	月から	中学校	卒
		昭和・平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
	歴	平成	年	月から		在・中退 卒見・卒
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
歴	職 歴	平成	年	月から		在・中退 卒見・卒
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
	歴	平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
歴	歴	平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		
歴	歴	平成	年	月から		
		平成	年	月まで		
		平成	年	月から		

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称	
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
趣味	特 技		
所属クラブ等			
将来の進路希望			
志望の動機			

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、青梅市立総合病院後期臨床研修医採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は後期臨床研修医募集要領に掲げてある応募資格を満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

必ず自署・押印してください。→

平成 年 月 日
氏名 _____ 印

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口 受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	平成 年 月 日	確認者	
備考							