

愛媛県立中央病院専攻医採用申込書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院長 様
専門研修プログラム統括責任者 様

申込者
住 所
氏 名

愛媛県立中央病院において専門研修を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

1 出 身 大 学

2 在 籍 臨 床 研 修 病 院

3 医師国家試験合格年月日 平成・令和 年 月 日

4 希 望 す る 基 本 領 域

5 臨 床 研 修 実 施 状 況

(1) 研 修 期 間 ① 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月

② 日

③ 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月
日

(2) 研修大学又は研修病院 ① 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月

② 日

③

(3) 関 係 診 療 科 ①

②

③

6 他機関における専攻医（レジデント）歴

(1) 期 間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日

(2) 医 療 機 関 名

(3) 関 係 診 療 科

履 歴 書 （令和9年度 愛媛県立中央病院 公募専攻医募集用）

令和 年 月 日現在

希望する基本領域または診療科		希望するサブスペシャリティ領域		写真貼付 1 対4.5cm×3.5cm 2 正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの 3 提出日前3箇月以内に撮影したもの 写真の裏面に氏名を記載して下さい。
ふりがな				
氏 名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (記入日現在 満 歳)			
現住所 (部屋番号まで詳しく)	(〒 -)			
	TEL () -		携帯電話 () -	
	E-mail(携帯) E-mail(PC)			
医籍登録	平成・令和 年 月 日 第 号		国家試験 第 回	
学 歴 (最終学歴から記入し、中学入学以降を記入。新しい順に)	大学 学部 学科 卒業		H・R 年 月～H・R 年 月	
			H・R 年 月～H・R 年 月	
			H・R 年 月～H・R 年 月	
			H・R 年 月～H・R 年 月	
			H・R 年 月～H・R 年 月	
臨床研修歴 及び勤務歴 (全てを新しい順に)	施設名・勤務先		在 職 期 間	
			H・R 年 月～H・R 年 月見込	
			H・R 年 月～H・R 年 月	
			H・R 年 月～H・R 年 月	

志望動機、将来の目標等

--

自己PR

--

臨床研修歴証明書

愛媛県立中央病院長 様

私は、次のとおり臨床研修を受講し修了しています。(修了予定です。)

- | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|---|---|---|---|-------|---|---|---|
| 1 | 研修期間 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 研修機関名 | | | | | | | | | |
| 2 | 研修期間 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 研修機関名 | | | | | | | | | |
| 3 | 研修期間 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 研修機関名 | | | | | | | | | |
| 4 | 研修期間 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 研修機関名 | | | | | | | | | |

氏 名

上記記載事項については事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

(証明者) 機関名
代表者
職氏名

印

- (注) 1 研修実施機関の長か関係大学教授に証明を得ること。
2 臨床研修修了証書がある場合はその写しでも可。