

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 日
② 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 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
②
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5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 寸 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	印	男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (R5.4.1現在 満 歳)	本籍	
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、中学入学以上を記入。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

趣味・特技

記入注意 1) A4版に黒又は青インクで記入

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 ㊟

- (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。