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６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ルティ領域	写真貼付 1 ｻﾃ 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　　㊞

（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。