



受験者氏名 ()

長崎医療センター臨床研修医願書 【令和3年度採用】

プライマリケア能力養成プログラム

(希望するプログラムに☑をつける。併願可能)

周産期研修プログラム

※添付書類 ☑をつける。 卒業見込証明書 成績証明書

ふりがな			
氏名	印		写真添付箇所 (3cm×4cm)
生年月日	昭・平 (西暦	年 月 日(歳) 男・女 年)	脱帽無背景 3ヶ月以内の 撮影であること。
出身地	都・道・府・県		年 月 日 撮 影
現住所	〒 - TEL () 携帯 e-mail		
緊急 連絡先	氏名 (受験者との間柄)		
	住所		
	自宅電話番号/携帯電話番号		
採用選考 希望日 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> 【第1回】08月07日(金) 試験会場:長崎医療センター <input type="checkbox"/> 【第2回】08月14日(金) 試験会場:長崎医療センター <input type="checkbox"/> 【第3回】08月15日(土) 試験会場:JR博多シティ <input type="checkbox"/> 【第4回】08月21日(金) 試験会場:長崎医療センター <input type="checkbox"/> 【第5回】08月28日(金) 試験会場:長崎医療センター		
現在の健康 状態		既往歴	
賞罰	1:無 2:有()	資格 /免許	

*パソコンで作成する際は様式を変えない(ページを増やさない)こと

学 歴 <small>高等学校から 記入</small>	_____ 高等学校 平 年 月 日入学 / 平 年 月 日卒業 _____ 大学 平・令 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日卒業・卒業予定 医学部以外の学歴 _____ 大学 平・令 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日 中退・卒業 _____ 大学大学院 平・令 年 月 日入学 / 平・令 年 月 日 卒業			
	職 歴	勤 務 期 間	施 設 名	部 科 名
		平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日		
	課 外 活 動・ ボランティア 及びその実 績			
現時点での 将来の志望 診療科と その理由	_____ 科 理由:			
当院を志望 する理由				

自己
アピール