**長崎医療センター臨床研修医願書　　 【 令和6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 |  | | | | 写真添付箇所  (　3cm×4cm　)  脱帽無背景  3ヶ月以内の　　　　撮影であること。 | |
| 氏　名  （自署） | 印 | | | |
| 生年月日 | 昭・平 　 年 月 日（　 　歳）　男 ・ 女  （西暦　　　　　　年） | | | |
| 出身地 | 都･道･府･県 | | | | 月 　日　　撮　影 | |
| 現住所 | 〒　　 　－  TEL　 　　　 　( 　　 )  携帯  e‐mail | | | | | |
| 緊急  連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受験者との続柄：　　　　　） | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 自宅電話番号/携帯電話番号 | | | | | |
| 希望日に  〇をしてください | Web面接　　※選考日に偏りが生じた場合にのみ変更のご連絡をすることがあります。  （　　）【第1回】　08月04日（金）  （　　）【第2回】　08月10日（木）  （　　）【第3回】　08月18日（金）  （　　）【第4回】　08月25日（金） | | | | | |
| 現在の健康状態 |  | | 既往歴 |  | | |
| 賞罰 | 1:無　　　　　２：有（　　　　　　） | | 資格  /免許 |  | | |
| 学　　歴  高等学校から  記入 | 高等学校　平　　年　　月　日入学 /平　　年　　月　 日卒業  　　　　　　　大学　平　　　　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　　　　年　　月　日入学 /平・令　　年　　月　 日　中退・卒業  　　　　　　　大学大学院　平　　　　年　　月　日入学 /平・令　　年　　月　 日　卒業 | | | | | |
| 職歴 | 勤　務　期　間 | 施　　設　　名 | | | | 部　署　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 | | | | | |
| 当院を志望する理由 |  | | | | | |
| 自己  アピール |  | | | | | |

Ｎ．Ｍ．Ｃ