



令和6年度採用

独立行政法人 国立病院機構 長崎医療センター専門研修プログラム 願書及び履歴書

志望プログラム (○で囲む)	1. Nagasaki-MC 内科専門医 4. 救急科専門研修	2. 総合診療専門研修 5. 産婦人科専門研修	3. 小児科専門研修 6. 形成外科専門研修
ふりがな			
氏名	印		写真添付箇所 (3cm×4cm)
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 ) 男・女 平成		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
住所	〒 ー TEL ( ) 携帯 e-mail		
住所	〒 ー (現住所以外に連絡先を希望する場合のみ記入) TEL ( ) 携帯 e-mail		
学 歴 高等学校 から記入	高等学校 年 月 日入学 / 年 月 日卒業 大学医学部 年 月 日入学 / 年 月 日卒業 医学部以外の学歴 大学 年 月 日入学 / 年 月 日中退・卒業 大学大学院 年 月 日入学 / 年 月 日卒業		

氏名 [ ]

職 歴	勤 務 期 間		施 設 名		部 科 名	
	年 月 日 ~	年 月 日				
	年 月 日 ~	年 月 日				
	年 月 日 ~	年 月 日				
	年 月 日 ~	年 月 日				
免 許 資 格	<p>【第 回 医師国家試験 合格】</p> <p>【医師免許証】</p> <p>【医籍登録番号】 第 号</p> <p>登録年月日 年 月 日</p> <p>【初期臨床研修修了年月日】</p> <p>年 月 日 修了 ・ 修了見込み</p>					
賞 罰	1. 無 2. 有 (内容: )					
現 在 の 健康状態			既往歴			
志望理由						