



令和7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 3. 小児科専門研修 5. 産婦人科専門研修	2. ながさき家庭医療学専門研修 (総合診療) 4. 救急科専門研修 6. 形成外科専門研修
ふりがな		
氏名	印	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳) 男・女
出身地	都・道・府・県	年 月 日 撮 影
住 所	〒 - TEL () 携帯 e-mail	
住 所	〒 - (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 資 許 格	<p>【第 回 医師国家試験 合格】</p> <p>【医師免許証】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				