

※記入上の注意 1. **手書きで記載**すること。 2. 年号は西暦で記載すること。

※ご記入いただいた個人情報は、研修医採用目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。

千葉メディカルセンター初期臨床研修申込書 兼 履歴書

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	(写真欄) 縦4.5cm×横3.5cm 1. 3カ月以内に撮影したもの 2. 正面、上半身、脱帽、無背景で、本人であるとはっきりと確認できるもの (年 月撮影)
氏名				男・女	
生年月日	(西暦)	年	月	日 (満 歳)	
現住所 連絡先	〒 -			電話 () -	
	E-mail				
帰省先 住所	〒 -			電話 () -	
学歴	入学年月	卒業(見込)年月	学校名	学部・学科名	
	年 月	年 月	高等学校		
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
千葉県内の小・中・高等学校いずれかの卒業				有 ・ 無	
地域 枠 学生	就学金制度利用の有無			有 ・ 無	
	有 り	制度の区分名			
		研修先限定の有無			限定されている ・ 限定されていない
賞罰(罰金刑:交通違反の赤切符も対象)				有 ・ 無 (有りの内容:)	
職歴	就職年月日	退職年月日	会社等の名称および職種(仕事の内容)		
	年 月	年 月			
	年 月	年 月			
資格・ 免許	種別			取得年月日	
				年 月 日(取得・見込み)	
				年 月 日(取得・見込み)	
			年 月 日(取得・見込み)		
配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無	扶養家族(配偶者除く)	人

事務局記入	受理日		受験番号	
-------	-----	--	------	--

選考日時	希望日を第1希望～第3希望まで明記			
	8月21日(月)	第	希望	8月25日(金)
	8月24日(木)	第	希望	
見学等のご参加	当院にて経験された見学・実習等について記載してください。 内容 (○で囲む) 実施時期			
	病院見学	実見学	・オンライン説明会	____年生の____月
	〔 当院主催の オンライン説明会含む 〕	実見学	・オンライン説明会	____年生の____月
		実見学	・オンライン説明会	____年生の____月
	イベント	WEBちばナビ ・ レジナビ		____年生の____月
〔 WEBちばナビ レジナビ 〕		WEBちばナビ ・ レジナビ		____年生の____月
		WEBちばナビ ・ レジナビ		____年生の____月
病院実習	診療科:	____年生の____月		
	診療科:	____年生の____月		
応募の動機・志望科等	【志望診療科】 第1希望: _____科、第2希望: _____科、			
	私は、千葉メディカルセンター初期臨床研修の募集要項に基づき申し込みます。 医療法人社団誠馨会 千葉メディカルセンター 院長 福田和正殿 _____年 月 日 氏名 _____ 印 _____			