国際医療福祉大学成田病院　研修医採用試験願書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **基本コース** | **産婦人科重点コース** | **小児科重点コース** |
| **希望するコース** |  |  |  |

希望するコースに〇をつけてください。併願する場合は希望順位を記入してください。

\*年号は和暦で記入願います｡　　　 　　　　　　　　　　　 令和 　年 　月 　 日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 性　別 | |  | 写真添付  （横3cm×縦4cm） | |  | |
| 氏　　名 |  | | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | 年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 生（満　 　　才） | | | | | | |
| 本 籍 | 都道府県　（国籍　 　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 現 住 所 | 〒 － | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  | | E-mail | |  | | | | | |
| 配偶者 | 有 ・ 無 | 配偶者の扶養義務 | | 有 ・ 無 | 扶養家族数  （配偶者を除く） | | | | | 人 | |
| 千葉県医師修学資金貸付制度の利用 | | | | | 有　・　無 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　　　　歴　（中学校から記入）　　　　　　　　　＊外国の学校名については、和文表記も併記。 | | | | |
| 学　校 ( 学部 ･ 学科 ) 名 | | | 修　　学　　期　　間 | ○で囲む |
| 中 学 校 | 立　　　　　　　 　　　　　学校 | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
| 高等学校 | 立　　　　　　　 　　　　　学校 | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
| 大 学 | 大学 　　 学部 　 　 学科 | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
| 大学 　　 学部 　　 学科 | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
| 大 学 院 | 大学  　　　　　　　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　 　　専攻 | 修 士  博 士 | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 修了・中退  満期退学 |
| そ の 他 |  | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
|  | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | 卒業・中退 |
| 職　　　　歴 | | | | |
| 会社名 | | | 期　　間 | |
|  | | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | |
|  | | | 年 　 月 　 日 ～ 　　 年 月 日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免 許 ・　資 格 | | | |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |