



就職願書(専攻医)

西暦 年 月 日現在

最近3ヶ月以内の脱帽上半身、正面向の写真を貼付すること。

大きさ 3cm×4cm

年 月撮影

受験番号	ふりがな			
(病院記入欄)	氏名		印	男・女
	生年月日	西暦 年 月 日	(満才)	
現住所	(〒) 住所:			
	携帯番号:	E-mail: ※1		
合否連絡先	(〒) 住所:			
緊急連絡先 (あなたの保証人となる人の連絡先)	氏名	あなたとの関係		
	(〒) 住所:			
	携帯番号:	E-mail:		

(学歴)※2

期間	学校名	学部・科名	所在地	備考
西暦 年 月 入 西暦 年 月 卒	高校			
西暦 年 月 入 西暦 年 月 卒				
西暦 年 月 入 西暦 年 月 卒				
西暦 年 月 入 西暦 年 月 卒				

(職歴)※3

期間	勤務先名	仕事内容	月収	所在地	退職理由
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで					
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで					
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで					
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで					
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで					

※1 適正検査のご案内に使用するため、携帯電話以外のメールアドレスを記入願います。 ※2 高等学校卒業以降について順次記入願います。 ※3 勤務実績があるものについて記入願います。 ※4 希望内容、または研修中の内容について記入願います。
 ※5 救命処置講習等受講状況については、該当有無含め必ず記入願います。 ※※ 記入欄が足りない場合は、追加いただいて構いません(様式適宜)。

資格	国家試験合格年月日 同免許証交付年月日	S・H・R 年 月 日(第 回) S・H・R 年 月 日(登録番号)
	国家試験合格年月日 同免許証交付年月日	S・H・R 年 月 日(第 回) S・H・R 年 月 日(登録番号)
	学位記取得年月日	S・H・R 年 月 日(登録番号)

(初期臨床研修)

研修プログラム実施病院名:	修了時プログラム番号:
---------------	-------------

(専攻医研修)※4

研修プログラム名:	プログラム開始年度:
基幹病院名:	基幹病院の主な研修先診療科:

応募動機	
------	--

(その他)※5

特殊技能 認定・専門医等 資格 (資格取得年月日)	() ()	() ()	
救命処置講習等受講状況 ①認定団体等名称 ②受講・更新年月日	BLS (有・無) ① ②	ACLS (有・無) ① ②	ICLS (有・無) ① ②
趣味・スポーツ			

(住居)

希望住居(1~4の中から選び○をつけてください)			
1. 独身寮に入りたい	2. 社宅に入りたい	3. 自宅から通勤する	4. 自己解決する

通勤時間 約 時間 分	最寄駅:
-------------	------

配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	扶養家族数 (配偶者除く) 人
------------	-----------------	--------------------

(本人希望記入欄)

--