

平成 30 年度専攻医採用試験 申込書・履歴書

愛知県厚生農業協同組合連合会
豊田厚生病院長 川口 鎮 殿

私は平成30年度の豊田厚生病院専攻医プログラムによる
研修を希望しますので、本書類を提出いたします。

写真貼付

- ・3 cm×4.0 cm
- ・出願3ヶ月以内に
撮影した脱帽正面向、
上半身のもの
- ・バックなしのもの

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			
1. 氏 名		⑩ (男 ・ 女)	
2. 生年月日	昭和・平成	年	月 日 生 (歳)
3. 現住所 〒	—		
携帯電話	—	—	自宅Tel — —
E-Mail アドレス : _____			
4. 実家等連絡先 〒	(現住所不在のとき確実に連絡のとれる所・電話番号等) —		
Tel	—	—	
配偶者		有 ・ 無	扶養家族(配偶者除く) 人
年 月	学 歴 ・ 職 歴		
平成 年 3月	高校卒業		
年 月	免 許 ・ 資 格		
医籍登録番号	第	号	登録年月日 年 月 日

	氏 名	
初期臨床研修施設	施 設 名 :	
	プログラム番号 :	
地域枠の利用	あり	・ なし
希望するサブスペシャルティ領域 (未定でも可)		
志望研修プログラム		
当院の専門研修プログラムを希望する理由		
自己PR・感想など		

記入上の注意

- (1) 文字は楷書で、数字は算用数字を使用のこと。
- (2) 本書類は返却いたしません。