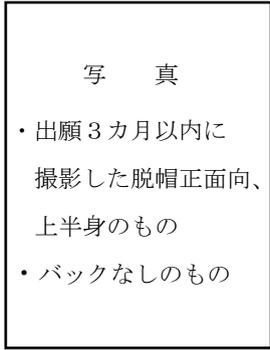


愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院長 殿

令和 年度専攻医採用試験 申込書・履歴書

安城更生病院 科による研修を希望しますので、
本書類を提出いたします。



氏 名

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏 名		生年月日	平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒		
電話番号			
Eメール	(携帯電話アドレスは不可)		
年 月 日	学 歴 ・ 職 歴		
	高等学校		
年 月 日	免 許 ・ 資 格		
医籍登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日

氏名		受験番号	※
1. 専門領域			
2. 入局の意志	あり ・ なし ・ 入局済み		
3. 入局希望先			
4. 将来の希望進路	臨床専門医 ・ 研究者 ・ 開業 ・ その他		
5. 専門研修終了後の進路			
6. 志望診療科			
7. 当院の後期研修を希望する理由（自由記載）			
8. 当院に望む研修内容（自由記載）			
9. 理想とする医師像（自由記載）			
10. 初期研修施設の状況			
名称：		プログラム番号_____	
所在地：			
病床数： 床		医師数： 名	
		初期研修医数： 名	
1日平均外来患者数：		入院患者数：	
		平均在院日数：	
11. 自己PR・感想など（自由記載）			
配偶者 有 ・ 無		扶養家族（配偶者を除く） 人	

記入上の注意

- (1) 鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入のこと。(2) 文字は楷書で、数字は算用数字を使用のこと。
(3) ※印は、記入しないで下さい。(4) 本書類は返却いたしません。