

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院長 殿

令和4年度専攻医採用試験 申込書・履歴書

安城更生病院麻酔科専門研修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

- ・出願3カ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

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		扶養家族（配偶者を除く）	
有 ・ 無		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。