

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院長 殿

専攻医採用試験申込書・履歴書

安城更生病院 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
(40mm×30mm)
・出願3カ月以内に
撮影した脱帽正面向、
上半身のもの
・背景なしのもの

氏 名

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏 名		生年月日	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. 志望プログラム名			
2. 志望診療科 (サブスペシャリティ領域)			
3. 臨床研修プログラム名 (修了または修了予定)			
4. 入局の意志	あり ・ なし ・ 入局済み		
5. 入局希望先または先			
6. 将来の希望進路	臨床専門医 ・ 研究者 ・ 開業 ・ その他		
7. 専門研修修了後の進路			
8. 当院の専門研修を希望する理由 (自由記載)			
9. 当院に望む研修内容 (自由記載)			
10. 理想とする医師像 (自由記載)			
11. 自己 PR (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。