|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名は、本人が自筆で記入してください。 | 試験の区分 | 臨床研修医 |
| 受験番号※ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※病院記入欄

**令和８年度採用飯田市立病院臨床研修医 採用考査申込書**

（令和　　年　　　月　　　日現在）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　写真を貼る位置

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  | １縦36～40mm横24～30mm２本人単身胸から上３裏面のりづけ４申込み前３か月以内に撮影したもの |  |
| 氏　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生　（満　　　　歳） |
| ふりがな |  | 郵便番号 | 　　－ |
| 現住所 |  | 電話（　　　　　　）　　　　－ |
| ふりがな |  | 郵便番号 | 　　－ |
| 現住所以外の連絡先 |  | 電話（　　　　　　）　　　　－ |
| 携帯電話 |  |
| E-mail |  ＠ |
| 年 | 月 | 学　歴　・　職　歴　（各別にまとめて正確に記入） |
| 平成 |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校卒業　　　 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 地域枠、奨学金等で研修先の従事条件がある場合はご記入ください。 |
|  |
| 受験希望日 | 　月　日 | 　月　日 |  |  |
| 希望日に○印 |  |  |  |  |

その他の希望日がある場合は日付を記入してください。

　　　　　　　　　　　　　**（注）高等学校以上の学歴は、学部・科まで記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免　許　・　資　格　（取得見込みを含む） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ 第一種普通自動車免許 　有 ・ 無 ・ 取得見込み

自　　己　　紹　　介　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 志望理由 |  |
| 将来取り組んでみたいこと |  |
| 得意な科目及　　び研究課題 |  |
| クラブ（スポーツ、文化）・社会活動等の実績　　 |  |
| 趣　味特　技 |  |
| アピールしたい点 |  |
| 受験票の送付先（現住所と異なる場合） | 郵便番号 | 　　－ |
| 住 所 | 電話又はメールアドレス　　　　 |