

高岡市民病院内科専門研修（専攻医）選考試験願書

令和 年 月 日

高岡市民病院 病院長 殿

貴院の内科専門研修選考試験に出願します。

ふりがな				(写真添付欄) 縦 4.5 cm×横 3.5cm 1. 3ヶ月以内に撮影したもの 2. 正面、上半身、脱帽、無背景のもの
氏名				
性別	男性 ・ 女性			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			
現住所	〒 — —			
電話番号	— —			
E-mail				
学歴 (高等学校から記入)	在学期間		学校・学部・学科名	
	自	年 月		卒業・卒見 修了・中退
	至	年 月		
	自	年 月		卒業・卒見 修了・中退
	至	年 月		
	自	年 月		卒業・卒見 修了・中退
	至	年 月		
自	年 月		卒業・卒見 修了・中退	
至	年 月			
初期臨床 研修病院 ・ 職歴	在職期間		勤務先名等	
	自	年 月		
	至	年 月		
	自	年 月		
	至	年 月		
	自	年 月		
至	年 月			
所属学会				
資格・免許	年 月 日	医師免許証 No.		
	年 月 日			
	年 月 日			

1. 選考試験願書はA4両面で印刷し、黒インクまたは黒ボールペンで記入するとともに、該当個所を○で囲んでください。
 2. 医師免許証の写し(A4サイズ)を添付してください。
- 【個人情報保護について】この願書に記入された個人情報は、高岡市個人情報保護条例により保護され、選考試験および採用後に必要な手続き以外の目的で利用されることはありません。

