

星ヶ丘厚生年金病院 院長 吉矢 生人 殿

**星ヶ丘厚生年金病院後期研修医(レジデント)
選考申込書兼履歴書**

ふりがな 氏名				(写真貼付)	
生年月日	昭和 年 月 日(歳) 男・女			申込前3ヵ月以内に撮影された無帽で正面上半身・無背景のもと タテ4cm×ヨコ3cm	
現住所	〒				
電話	自宅	携帯			
E-mail					
配偶者の有無	有 ・ 無				
配偶者の扶養義務	有 ・ 無				
扶養家族数(配偶者を除く)	人				
学歴	年	月	各別にまとめて書く		
医師免許	医籍登録 H 年 月 日 第 号				
志望	内科系 ・ 外科系 (いずれかに 印)	志望 診療科 1	第一希望 第二希望	科 科	
自己PR					

記載要領 全ての欄にできるだけ詳細に楷書で正確に記入すること

- 1) 特に希望する科を記入すること 2) 臨床研修歴は診療部科毎に記入すること

(No.2)

(氏名)

臨床研修歴	勤務期間	施設名	部科名
2	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
志望理由			
学 会	所属学会 学会発表 論文等		
資格等			
趣味・特技			
試験希望日に を付けてください。	第1回:10月13日(土)		第2回:12月08日(土)