

熊本赤十字病院 令和5年度 臨床研修医 採用試験応募履歴書

| | |
|---------------|---|
| 希望する プログラム | * 以下の()に○をつけてください。(併願可。併願の場合は希望順位をご記入ください) () 熊本赤十字病院<ER重点>初期臨床研修プログラム () 熊本赤十字病院<総合診療重点>初期臨床研修プログラム |
|---------------|---|

| | | |
|---------------------------|--|--|
| 令和 年 月 日現在 | | 写真貼付 申込前3ヶ月以内に 撮影されたもの 大きさ タテ4cm×ヨコ3.5cm |
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) 男・女 | |
| ふりがな | | |
| 現住所 | 〒 - 電話 () 携帯 - - | |
| E-mail | | |
| 緊急時の 連絡先 | 〒 - 電話 () 携帯 - - 続柄 () 氏名 () | |
| 学 歴 (高校から) | 年 月入学 | |
| | 年 月卒業 | |
| | 年 月入学 | |
| | 年 月卒業 | |
| | 年 月入学 | |
| | 年 月卒業 | |
| 職 歴 | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| 資 格・免 許 | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| 健康状態 | (既往症) 身体障害者手帳の有無 有 (級) ・ 無 | |
| 扶養家族数 (配偶者を除く) | 人 配偶者 有 ・ 無 | 配偶者の扶養義務 有 ・ 無 |

記入注意: 受験者本人直筆で手書きすること。

[氏名：]

| | | |
|--------------------|--|--|
| 当院での研修に求めるものとその理由 | *具体的にご記入ください。 | |
| 将来、専攻を希望する診療科とその理由 | | |
| 長所・短所 | (長所) | |
| | (短所) | |
| 趣味・特技 | | |
| 高校・大学等でのクラブ活動 | (例) スポーツ：陸上短距離100m 国体出場3位入賞等、具体的にご記入ください。 | |
| 当院以外の併願先 | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| 当院見学(実習)実績 | 年 月 日 ~ 年 月 日 診療科： | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 診療科： | |
| マッチング参加者 ユーザーID | | |
| 希望する面接日 | ※いずれかひとつをお選びください：8月20日(土)・8月27日(土)・どちらでも良い | |
| 所属大学の地域枠である | はい ・ いいえ | |