

【2次募集用】

平成30年度福井大学医学部附属病院
臨床研修医応募願書

写真
貼付

※ 裏面の注意事項をよく読んで記入してください。

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|--------|
| | | 受験番号 | |
| | | * | |
| ふりがな | | 男・女 | 出身都道府県 |
| 氏名 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) | | |
| 最終学校 | 国立・公立・私立 | 入学 | 平成 年 月 |
| | 大学 学部 学科 (学籍番号) | 卒業 (見込) | 平成 年 月 |
| 現住所 | 〒 - | | |
| | 電話番号 | () - | 自宅・携帯 |
| | e-mail | | |
| 緊急連絡先 (父母等) | 氏名 | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 - 電話 () - | |
| 面接希望日 | ※希望日を記入し、午前又は午後を○で囲んでください。 | | |
| | 第1希望 | 年 月 日 午前・午後 | |
| | 第2希望 | 年 月 日 午前・午後 | |
| 選択したい プログラム (希望順位) | Aプログラム | | |
| | Bプログラム | 2年目研修希望の病院 ① (病院) ② (病院) ③ (病院) | |
| | Cプログラム | 1年目研修希望の病院 ① (病院) ② (病院) ③ (病院) | |
| | 小児科重点プログラム | | |
| | 産婦人科重点プログラム | | |

(記入上の注意事項)

1. 面接日及び時間については、願書受理後に通知します。
2. 選択したいプログラムは、ホームページの研修プログラムを参照してください。
3. 研修希望の病院は、まず面接試験の結果上位者から振り分けを行います。B・Cプログラムたすきがけ先各病院の受入数には上限があるため、希望の病院が重複した場合には希望順位に従い振り分けます。希望の病院名は必ず第3希望まで記入してください。(振り分け後の病院は変更できません。)
4. 添付書類 : 履歴書 (所定様式)
自己推薦書 (所定様式)
成績証明書 (本学出身者は不要)
返信用封筒 (長3号封筒に82円切手を貼付)
5. *印 (受験番号) 欄は記入しないでください。
6. 出願に伴う個人情報については、臨床研修医選抜以外には使用いたしません。

【2次募集用】

履 歴 書

| | | | | |
|-------------|--------------|-----|----------|---|
| ふりがな 氏 名 | 昭和・平成 年 月 日生 | 男・女 | 受験 番号 | * |
|-------------|--------------|-----|----------|---|

| | | |
|-----------------------------|-----|--------|
| 履歴事項（高等学校卒業以降の履歴を記入してください。） | | |
| 学 歴 | 年 月 | 高等学校卒業 |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| 職 歴 | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| 免許・資格 | 年 月 | |
| | 年 月 | |
| | 年 月 | |

| | |
|---------|------------------------------------|
| 本人の健康状況 | 健康 やや不健康 不健康 |
| | (やや不健康もしくは不健康の場合には、その状況を記入してください。) |

(白 紙)

| | | | |
|----|--|----------|---|
| 氏名 | | 受験 番号 | * |
|----|--|----------|---|

自 己 推 薦 書

- (注) 1. 志望の動機、研修に向けての意欲、将来のビジョンなど自由に自己アピールをしてください。
2. 本用紙1枚を使用してワープロ又は自筆で作成してください。

(白 紙)