

岡山市立市民病院後期研修医申込書①
(内科専門研修プログラム)

(様式第1号)

岡山市立市民病院

フリガナ						<p>写真 (タテ5cm×ヨコ4cm)</p> <p>1 写真を貼って提出してください</p> <p>2 最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください</p>		
氏名								
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	満才		性別	男・女
フリガナ								
現住所 〒								
電話 - -								
携帯電話 - -								
E-mail								
学歴	学校名	学部・学科・課程名		所在地	在学期間		卒・卒見等の区別	
	高等学校			市区 町村	昭・平 年 月～	昭・平 年 月	卒・中 退・転校	
				市区 町村	昭・平 年 月～	昭・平 年 月	卒・中 退・転校	
				市区 町村	昭・平 年 月～	昭・平 年 月	卒・中 退・転校	
				市区 町村	昭・平 年 月～	昭・平 年 月	卒・中 退・転校	
	最終 (現在)			市区 町村	昭・平・令 年 月～	昭・平・令 年 月	卒・中 退・ 転校・卒	
職歴	勤務先(部署名まで)		職務内容	所在地	勤務期間			
				市区 町村	昭・平・令 年 月～	昭・平・令 年 月		
				市区 町村	昭・平・令 年 月～	昭・平・令 年 月		
				市区 町村	昭・平・令 年 月～	昭・平・令 年 月		
※職歴欄が不足の場合は、別紙に記入ください。								
免許・資格	名称	取得年月		取得年月				
	医師免許	昭 平 令	年 月	取得 見込	昭 平 令	年 月	取得 見込	
	初期臨床研修	昭 平 令	年 月	取得 見込	昭 平 令	年 月	取得 見込	
		昭 平 令	年 月	取得 見込	昭 平 令	年 月	取得 見込	
上記のとおり受験を申し込みます。なお、私はこの申込書の記載事項に相違ありません。								
令和		年	月	日	氏名		Ⓜ	
面接希望日		令和	年	月	日	午前・午後		
面接希望日		令和	年	月	日	午前・午後		

※必ずしもご希望の日時に添えない場合があります。別途、日程をご案内させていただきます。

岡山市立市民病院後期研修医申込書②
(内科専門研修プログラム)

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢 満 才	性別 男・女

・プログラムについてご記入をお願いします

①当院のプログラムを志望した理由
②当院のプログラムで希望するコースとその理由(希望するコースを○で囲んでください)
(1) 標準ローテーションコース (2) Subspecialty重点コース (3) 地域枠コース

・自身についてご記入をお願いします

③あなたの長所と短所それぞれについて、具体例を挙げて述べてください。
④自覚している得意分野と不得意分野(課題)について述べてください。

(参考)

次の各号の一に該当する人は、競争試験若しくは選考を受けることができない。

- 1 成年被後見人又は被保佐人
- 2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで、又はその執行を受けることがなくなるまでの人