**初期臨床研修申込書**

令和　　年　　月　　日

公立藤岡総合病院

病院長　設楽　芳範　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴病院群において、臨床研修を受けたいので申込みます。

【連絡先】

　当院から書類等を郵送する場合に使用しますので、下欄にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |

**会計年度任用職員履歴書**　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 写真貼付位置・縦４ｃｍ・横３ｃｍ・単身胸から上 |
| 氏　　名 | 　 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生（満　　　才） |
| 現 住 所 | 〒（　　　　－　　　）TEL（　　　　）　　　　－ |
| 連 絡 先 | 〒（　　　　－　　　）TEL（　　　　）　　　　－　　　　　　　 E-mail |
| 学　　歴 | 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 職　　歴 | 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 自　　　年　　月　　日 |  |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 免許資格 |  | 登録番号（　　　　　　　　） |
|  | 登録番号（　　　　　　　　） |
|  | 登録番号（　　　　　　　　） |
| 本人希望記入欄 | （給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などあれば記入） |
|  |
| 配偶者の有無　　　有　　　・　　　　無 | 子の有無　　　　有　　　　・　　　　無 |
| 私は、地方公務員法第１６条に規定する欠格条項に該当しておりません。また、この履歴書の記載事項は、すべて事実であることを誓います。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 志望動機 |
| クラブ活動・スポーツ・文化活動など | 得意な科目及び研究課題 |
| 自覚している性格 | 趣味・特技 |
| 将来希望する領域・診療科 | 初期臨床研修終了後の方向性 |

**公立藤岡総合病院**