

初期研修申込書

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 卒後教育委員会委員長 殿

この度、私は貴院における 2020 年 4 月から 2 年間の初期研修に応募します。

西暦 年 月 日 現在

ふりがな		写真貼付欄 ハポートサイズ 縦 4.5×横 3.5
氏名		
生年月日		
西暦	年 月 日生 (満 歳)	
現住所 (〒 -)		
メールアドレス (PC)		携帯電話番号
@		— —
緊急連絡先		
(〒 -)		TEL — —
		氏名 (続柄)
配偶者	配偶者の扶養義務 (配偶者有の場合)	扶養家族 (配偶者除く)
有 ・ 無	有 ・ 無	人

履 歴			
学 歴	入学年月	卒業年月	学校名
	西暦 年 月	西暦 年 月	高等学校
	西暦 年 月	西暦 年 月	
	西暦 年 月	西暦 年 月	大学医学部卒業見込
免 許 資 格	取得年月	登録番号	種別
	西暦 年 月	第 号	
	西暦 年 月	第 号	

【志望プログラム・コース】 * 志望プログラム・コースに✓を付けて下さい (複数のプログラムを併願する場合は志望順に①②③のように丸数字を記入して下さい)		医師免許取得後に勤務条件がある場合 * ✓を付けて下さい	
亀田初期研修プログラム	内科系コース	大学入学時契約の地域枠	奨学金受給
	外科系コース		
	麻酔救急集中治療コース		
	病理コース		
亀田産婦人科プログラム		勤務条件詳細 (当院初期研修が勤務条件上問題無いかを含め記載)	
亀田小児科プログラム			
地域ジェネラリストプログラム			

自己PR

<p>趣味・特技</p>	
<p>話の出来る 外国語 ・ 検定試験点数</p>	<p>*TOEFL、TOEIC など（英語以外も記入可）</p>
<p>尊敬する人</p>	
<p>あなたを 動物に たとえると</p>	
<p>その他 (賞罰含む)</p>	<p>*上記以外に伝えたいことがあれば記入して下さい</p>

*以下、該当者のみ✓および記載

<p>USMLE</p>	<p>Step1 : <input type="checkbox"/>あり 点数 _____点</p> <p>Step2CK : <input type="checkbox"/>あり</p>
<p>他国医師免許</p>	<p>国 名 : _____</p> <p>免許番号 : _____号</p>