

宮崎県立宮崎病院 専門研修プログラム履修申込書兼履歴書

※研修ご希望の診療科に○をつけてください。

内科 ・ 麻酔科 ・ 整形外科 ・ 精神科 ・ 総合診療科

平成 年 月 日現在

ふりがな			性 別
氏 名	Ⓜ		男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	本 籍 地
		(満 歳)	県
ふりがな			
現 住 所	(〒 -)		
	携帯電話番号	- -	電話番号 - -
ふりがな			
連 絡 先 住 所	(〒 -) (上記現住所以外に連絡の取れる住所を記入)		
	携帯電話番号	- -	電話番号 - -
メール・	(携帯アドレス)		
アドレス	(パソコンアドレス)		

写真を貼って下さい
(裏面のり付け)

縦 4 cm 程度
横 3 cm 程度
本人単身胸から上
写真はカラーとする

年	月	学 歴
年	月	職 歴 (アルバイトは含まない)

免許・資格等	平成 年 月 日 医籍登録済 医師免許証登録番号 第 号		
	取得年月日	免許・資格等の番号	免許・資格等の名称
	・		
	・		
	・		
スポーツ・文化面の資格等（段・級など）もわかる範囲で記入			
研修志望理由			
将来希望進路			
特技 スポーツ 趣味			
既往症	なし 年 月頃（病名） 年 月頃（病名）		

家族氏名	続柄	年齢	家族氏名	続柄	年齢
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		