

平塚市民病院臨床研修医願書

(写真)
縦4cm・横3cmの写真
をはってください。

(写真の裏面に氏名
を明記して下さい。)

(提出先) 平塚市病院事業管理者 年 月 日提出	※受験番号	※受付印
ふりがな 氏名	受験希望日(該当箇所を○で囲む) 1 : 7 / 26 2 : 8 / 10 3 : 8 / 30	

生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	本籍	都道 府県
現住所(〒 -)		電話 ()		携帯 - -				

E-mailアドレス:
連絡先(〒 -) 電話 ()

(上記住所以外に送付を希望する場合のみ記入してください。)

学歴	学校名	学部・学科	所在地	期間	○で囲む
	※高校から記入				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで	卒、中退 卒業見込み
				年 月から 年 月まで	卒、中退 卒業見込み
				年 月から 年 月まで	卒、中退 卒業見込み
				年 月から 年 月まで	卒、中退 卒業見込み

職歴	勤務先	勤務内容	所在地	期間	退職理由
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	

資格免許	名称	番号	取得(見込)月日	名称	番号	取得(見込)月日	

その他 地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」での医学部入学者であり、かつ初期臨床研修期間中に指定された地域や病院での従事要件が課せられていますか(下記にチェック)
はい いいえ ※はいの場合、従事要件等が確認できるものの写しをあわせて送付してください。

身 上 書

自覚している長所	自覚している短所	
得意学科名	不得意学科名	
最近最も関心をひかれたことがら(自己、社会、世相等)		
あなたが特に力をいれてるスポーツ、趣味、ボランティア活動などの状況		
平塚市民病院を志望した理由		
医師を志した理由		
配偶者の有無 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無	配偶者以外の扶養親族 人
<p>私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書・身上書のすべての記載事項は事実と相違ありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者又はその執行を受けることがなくなるまでの者 (2) 平塚市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人 (3) 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、第60条から第63条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者 (4) 日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">署 名</p>		