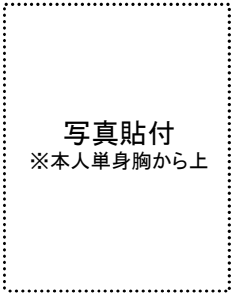


横浜市立みなと赤十字病院 専門研修プログラム
応募申請書・履歴書

年 月 日現在

ふりがな 氏名	
生年月日 年 月 日 (満 歳)	※男・女



※印は該当するものを○で囲む

ふりがな 現住所 〒	電話 携帯電話
ふりがな 連絡先 〒	電話
電子メールアドレス	

年	月	学歴（高等学校卒業から記載）・職歴

賞罰（受賞歴・処分歴など） □特になし □あり（下記に内容を記入）

免許・資格（免許取得年月、免許番号は必ず記載）		
年	月	免許・資格（取得見込みは「取得見込み」と記入）
		第 回 医師国家試験合格（医籍登録番号 ）

A	希望する研修プログラム領域に✓をしてください。
	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 救急科 ☐ 麻酔科 ☐ 精神科 ☐ 総合診療科
B	初期研修プログラム名
C	初期研修における履修科と履修期間
D	A. で指定した領域・診療科を志した理由と、当院のプログラムを志望した理由を記載してください。
E	研修修了後の希望進路、将来の展望を述べてください。
F	アピールポイント（内容は自由です）
G	その他、希望すること