

# 苫小牧市任期付臨床研修医採用候補者履歴書(令和9年度採用分)

令和 年 月 日現在

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他( )
氏名		年齢				歳	身体障害者 手帳の交付	有・無
		学籍番号	※在学中の方のみ記入してください。					
現住所	〒 - (電話 - - ) (携帯電話 - - )						(写真) (1) 大きさの目安 ﾀｲ 4cm ﾖｺ 3cm 程度 (2) 提出日前6箇月以内に撮影した脱帽 正面向き、上半身のもの(眼鏡 使用者は、眼鏡をした写真とする)	
緊急時の 連絡先 (現住所 以外)	〒 - (続柄 氏名) (電話 - - )							
<b>学 歴</b> (高校から最終学校まで(転校を含む)順に記入すること。)								
学 校 名	学 部 科	所 在 地	在学期間(年月日)			卒業等の別		
			. . まで			卒業		
			. . から . . まで			卒業 卒業見込 中退・在学・転校		
			. . から . . まで			卒業 卒業見込 中退・在学・転校		
			. . から . . まで			卒業 卒業見込 中退・在学・転校		
			. . から . . まで			卒業 卒業見込 中退・在学・転校		
			. . から . . まで			卒業 卒業見込 中退・在学・転校		
<b>職 歴</b> (自家営業を含む。なお、欄が不足のときは、別紙に記載し、本書に添付すること。)								
勤 務 先			採用年月日			退職年月日		
			. .			. .		
			. .			. .		
			. .			. .		
資格・免許	資格・免許の種類		資格取得年月日		資格・免許番号			
			. .					
			. .					
			. .					

【裏面も記入願います】※この様式をHPからダウンロードした場合には、両面印刷してご使用ください。

<p>地域枠制度等</p> <p>該当する箇所にご記入ください。</p>	<input type="checkbox"/> 制度を利用していません。		
	<input type="checkbox"/> 制度を利用しており、当該制度に医師免許取得後(初期臨床研修先)の従事要件等が課せられている場合、その従事要件に当院が合致していることを確認済みです。		
	<input type="checkbox"/> 北海道医師養成確保修学資金 (北海道)		
	<input type="checkbox"/> 北海道医療枠 (札幌医科大学)		
	<input type="checkbox"/> 地域枠 (札幌医科大学)		
	<input type="checkbox"/> AO入試北海道選抜 (旭川医科大学)		
	<input type="checkbox"/> 推薦入試道北・道東特別選抜 (旭川医科大学)		
	<input type="checkbox"/> 2年次編入学 (旭川医科大学)		
<input type="checkbox"/> その他 (名称: )			
賞 罰	内 容	年 月 日	備 考
<p>この用紙両面に記載した事項は、事実と相違ありません。(自筆で署名願います。)</p> <p>令和 年 月 日 氏 名</p>			
<p>(記載上の注意事項)</p> <p>1 記入事項がない欄は斜線を引いてください。</p> <p>2 事実と異なる記載があるときは、採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても免職されることがあります。</p>			