

専攻医（後期臨床研修医）採用試験申込書

					※ 受 付 印		※ 受 験 番 号			
ふりがな				性	男・女	受 験 職 種	専攻医 (後期臨床研修医) この枠内に写真を貼ってください 縦5cm × 横4cm (無帽・上半身・正面)			
氏 名				別						
生年月日	年	月	日生	満	歳	年() 月 日現在				
現 住 所	〒 — TEL() —									
	携帯TEL: — — E-mail:									
上記以外 の連絡先	〒 — TEL() —									
学 歴 (中学校から記入)	在 学 期 間			学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名		制 度	修 学 区 分	免 許 ・ 資 格 (取得見込みを含む)	名 称 (交 付 年 月 日)	
	自	年	月	日	中学校	年制 3	卒 業		医師免許証 No.	
	至								(年 月 日)	
	自						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	至						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	自						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	至						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	自						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	至						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	自						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	至						卒業・卒見 修了・中退		(年 月 日)	
	職 歴	在 職 期 間			勤 務 先 名 等		所 在 地 (市町村区名まで)		職 務 内 容 等	
自		年	月	日						
至										
自										
至										
自										
至										
確 認 事 項	地方公務員法第16条(欠格条項・・・①成年被後見人又は被保佐人 ②禁錮(こ)以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 ③西宮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年を経過しない者 ④日本国憲法施行の日以後において、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 ⑤その他)に該当しないことを誓約します。									
以上のとおり相違ありません。 年 月 日 氏 名 _____										

(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。)

- 記入上の注意
- ※印の欄を除いて、必ず黒インク又は黒ボールペンで、正確かつ明瞭に記入するとともに、該当個所を○で囲んでください。
 - 初期臨床研修については、職歴欄にも記入してください。
 - 医師免許証の写しを必ず添付してください。

一 般 事 項 等		※ 受 付 印		※ 受 験 番 号
初 期 臨 床 研 修	病院名	研修責任者名：		
	所在地	都 道 市 区 府 県 町 村		
	研修期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	研修診療科目			
志 望 理 由	当院で後期臨床 研修を志望する 理由			
	希望診療科： 科			
	上記診療科を希 望する理由			
自 己 P R 等				
以上のとおり相違ありません。（A 3 袋とじ印刷の場合は、この欄の署名は不要）				
年 月 日 氏 名				
(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。)				

(署名欄は、申込者が自署してください。代理記入の場合は、署名欄に申込者の氏名を記入し、その下に代理人名を自署してください。)

【個人情報保護について】 この採用試験申込書に記入された個人情報は、西宮市個人情報保護条例により保護され、採用試験および採用後に必要な手続き以外の目的で利用されることはありません。