

沼津市立病院 新専門医制度 専攻医 採用選考受験申込書

フリガナ			写真貼付 タテ4.0cm×ヨコ3.0cm 正面、上半身、脱帽で 提出日前3ヶ月以内に 撮影したもの ※写真の裏面に住所、 氏名を記入してください。
氏 名			
※年齢は、令和8年4月1日現在で記入してください。			
昭和	年	月 日	生（満 歳）
平成			

フリガナ		
連絡先住所		
〒		
TEL（携帯可）		
E-mail		@

フリガナ		
第2連絡先住所		
〒		
TEL（携帯可）		
E-mail		@

高校からのすべての学歴を記入してください。		
学 校 名	学部・学科・専攻	在 学 期 間
		年 月 入学
		年 月 卒・卒見込
		年 月 入学
		年 月 卒・卒見込
		年 月 入学
		年 月 卒・卒見込
		年 月 入学
		年 月 卒・卒見込

前職歴があれば記入してください。※行が不足する場合は、別紙等にて記載し、空白期間が生じないように記入してください			
勤務先（支店・部課まで記入）	従事した職種・身分	従事した勤務内容（具体的に）	在 職 期 間
			年 月 就職
			年 月 退職（予定）
			年 月 就職
			年 月 退職（予定）
			年 月 就職
			年 月 退職（予定）

免許資格を記入してください（ただし、受験資格要件となっているもの。）。		
名称	取得（見込）年月日	発行機関名（者）

健康状態（既往歴・通院等があれば記入してください。）		

次の質問について該当の有無を答えてください。		
ア 禁錮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で	ある	ない
イ 当市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者で	ある	ない
ウ 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で、	ある	ない

沼 津 市 長 様		
私を沼津市職員に採用願いたく、志願します。なお、上記の記載事項はすべて真実であり、受験資格を満たしています。		
令和7年	月	日
※承認日付を記入してください（記入のないものは、受験資格を付与しません。）。		

・記入は、黒インク又は黒ボールペンを用い、数字は算用数字で正確に書いてください。
・連絡先住所欄は、沼津市立病院 病院管理課から連絡する場合がありますので、確実に連絡のとれる連絡先を記入してください。
・記入漏れがある場合は、一切受付できません（郵便番号、フリガナ、学歴の学部等は正確に記入してください。）。

フリガナ ヌマツ ウミ

氏名

沼津海

※年齢は、令和8年4月1日現在で記入してください。

昭和

X年X月X日生（満XX歳）

平成

写真貼付

タテ4.0cm×ヨコ3.0cm

正面、上半身、脱帽で提出日前3ヶ月以内に撮影したもの
※写真の裏面に住所、氏名を記入してください。

フリガナ シズオカケンヌマツシヒガシイジアザハルノキ

連絡先住所〒410-0302静岡県沼津市東椎路字春ノ木550番地TEL（携帯可）090-410-0302E-mail numasea@gmail.com

フリガナ

第2連絡先住所〒同上TEL（携帯可）E-mail @

高校からのすべての学歴を記入してください。

学校名	学部・学科・専攻	在学期間
沼津市立春ノ木高等学校	普通科	平成XX年4月入学 平成XX年3月卒・卒見込
沼津医科大学	医学科	平成XX年4月入学 令和XX年3月卒・卒見込
		年月入学 年月卒・卒見込
		年月入学 年月卒・卒見込

前職歴があれば記入してください。※行が不足する場合は、別紙等にて記載し、空白期間が生じないように記入してください

勤務先（支店・部課まで記入）	従事した職種・身分	従事した勤務内容（具体的に）	在職期間
沼津市立病院	初期研修医	臨床研修	令和XX年4月就職 令和XX年3月退職（予定）
			年月就職 年月退職（予定）
			年月就職 年月退職（予定）

免許資格を記入してください。（ただし、受験資格要件となっているもの。）

名称	取得（見込）年月日	発行機関名（者）
医師免許証	令和XX年X月XX日	厚生労働省

健康状態（既往歴・通院等があれば記入してください。）
○○○○○○○○○○○○○○○

次の質問について該当の有無を教えてください。
ア禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終るまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者である
イ当市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者である
ウ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である

沼津市長様
私を沼津市職員に採用願いたく、志願します。なお、上記の記載事項はすべて真実であり、受験資格を満たしています。
令和7年X月X日 ※承認日付を記入してください（記入のないものは、受験資格を付与しません。）。

- ・記入は、黒インク又は黒ボールペンをを用い、数字は算用数字で正確に書いてください。
- ・連絡先住所欄は、沼津市立病院 病院管理課から連絡する場合がありますので、確実に連絡のとれる連絡先を記入してください。
- ・記入漏れがある場合は、一切受付できません（郵便番号、フリガナ、学歴の学部等は正確に記入してください。）。