

沼津市立病院 初期臨床研修採用選考受験申込書

フリガナ ヌマヅ ウミ	写真貼付 <small>タテ4.0cm×ヨコ3.0cm</small> 正面、上半身、脱帽で 提出日前3ヶ月以内に 撮影したもの	
氏 名 沼津 海		
生年月日 ※年齢は、 令和9年4月1日時点 で記入してください。		
昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	XX年 XX月 XX日 生（満 XX歳）	
フリガナ シズオカケン ヌマヅシ XX		
連絡先住所 〒 <u>XXX-XXXX</u>	TEL（携帯可） <u>090-XXXX-XXXX</u>	
静岡県 沼津市 XX	E-mail <u>numasea@gmail.com</u>	
フリガナ		
第2連絡先住所 〒 _____	TEL（携帯可） _____	
同上		
E-mail _____		
高校からのすべての学歴を記入してください。（欄が足りない場合は別紙にまとめるなど工夫をしてください。）		
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 令和 X年 3月 <input checked="" type="radio"/> 卒・卒見込
沼津大学	医学部医学科	令和 X年 4月 入学 令和 X年 3月 卒 <input checked="" type="radio"/> 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。（欄が足りない場合は別紙にまとめるなど工夫をしてください。）		
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）
医師免許	令和9年3月取得（見込み）	厚生労働省
健康状態（職務上、配慮する必要があるれば記入してください。）※自由記載		
○○○○		
希望試験日（第一希望日にチェックを入れてください。申込み期間終了後、試験日をお知らせいたします。）		
<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年8月10日（月） <input type="checkbox"/> 令和8年8月24日（月）		
次の質問について該当の有無を教えてください。		
ア 拘禁刑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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。 また、受験に際し不正な行為は絶対いたしません。 令和 8年 X 月 XX 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。）		

- ・ 黒インク又は黒ボールペンを用い、自筆してください。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、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。）