

# 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 <b>ヌマツ ウミ</b>   |             | 写真貼付<br>タテ4.0cm×ヨコ3.0cm<br>正面、上半身、脱帽で<br>提出日前3ヶ月以内に<br>撮影したもの<br>※写真の裏面に住所、<br>氏名を記入してください。 |
| 氏 名 <b>沼津 海</b>  |             |   |
| ※年齢は、令和5年4月1日現在で記入してください。  |             |   |
| 昭和 <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日 生 (満 <b>XX</b> 歳)<br>平成  |             |   |
| フリガナ シズオカケンヌマツシヒガシシイジアザハルノキ  |             |   |
| 連絡先住所<br>〒 <b>410-0302</b><br><b>静岡県沼津市東椎路字春ノ木550番地</b><br>TEL (携帯可) <b>090-410-0302</b><br>E-mail <b>numasea@gmail.com</b>                              |             |   |
| フリガナ   |             |   |
| 第2連絡先住所<br>〒 <b>同上</b><br>TEL (携帯可)<br>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   |
| <b>沼津市立 春ノ木高等学校</b>  | <b>普通科</b>  | 平成XX 年 4 月 入学<br>平成XX 年 3 月 卒・卒見込   |
| <b>沼津医科大学</b>  | <b>医学科</b>  | 平成XX 年 4 月 入学<br>令和XX 年 3 月 卒・卒見込   |
|  |             | 年 月 入学<br>年 月 卒・卒見込   |
|  |             | 年 月 入学<br>年 月 卒・卒見込   |
| 前職歴があれば記入してください。   |             |   |
| 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<br>年 月 就職<br>年 月 退職 (予定)  |
|  |             | 年 月 就職<br>年 月 退職 (予定)   |
|  |             | 年 月 就職<br>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          | <b>ない</b>   |
| 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          | <b>ない</b>   |
| 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          | <b>ない</b>   |
| 沼 津 市 長 様<br>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。<br>また、受験に際し不正な行為は絶対いたしません。<br>令和 4 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うい、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。 )。

沼津市立病院臨床研修医登録願書

令和 4 年 X 月 XX 日

沼津市立病院長 様

私は、沼津市立病院における臨床研修制度への登録を希望します。

|              |   |        |   |
|--------------|---|--------|---|
| マッチングID      | ABC123  |        |   |
| ふりがな         | ぬまづ うみ  | 生年月日   | 平成X年 X月 X日  |
| 氏 名          | 沼津 海  | 年 齢    | 満 XX 歳  |
|              |   | 性 別※任意 | 男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/> |
| 住 所          | 〒 410 - 0302<br>静岡県沼津市東椎路字春ノ木550番地  |        |   |
| 電 話(携帯)      | 090-410-0302  | E-Mail | numasea@gmail.com                                       |
| 所属(出身)大学     | 沼津医科大学 医学部<br>令和X年 4月 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み <input checked="" type="checkbox"/> |        |   |
| 出身高校         | 沼津市立 春ノ木高等学校  |        |   |
| 研修時の希望※1     | ○○○○○○○○○○○○○○○○  |        |   |
| 希望専門分野※2     | 内科（消化器内科）   |        |   |
| 奨学金制度利用の有無※3 | 利用している <input checked="" type="checkbox"/> ・ 利用していない <input type="checkbox"/>               |        |   |
|              | 利用をしている場合、詳細を記入   |        |   |
|              | 貸与者(自治体名など)   |        | 利用年数  |
|              | 静岡県 <input checked="" type="checkbox"/> ・ その他( )  |        | 6 年   |

※1 希望があれば記入して下さい。

※2 研修終了後の希望専門分野が決まっている場合は記入して下さい。

※3 都道府県の奨学金を利用している場合は記入してください。