

9 免許資格及び特殊技能						
資格取得年月日	名 称			備 考		
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
10 特技、趣味、スポーツ、得意な学科など				11 健康状態 (既往歴・通院等があれば記入してください。)		
_____				_____		
_____				_____		
_____				_____		
12 本人の希望記入欄 (給料、職種、勤務時間、勤務地、その他)						

13 家庭の状況 (✓)						
配偶者 ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 扶養親族 ある <input type="checkbox"/> <u> </u> 人 ない <input type="checkbox"/>						
続 柄	家 族 氏 名	性 別	年 齢	職 業	備 考	
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 <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>
エ その他地方公務員法第16条の規定に該当する者で					ある <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>
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 3 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。)						
採用者側記入欄 (志望者は記入しないこと。)						

沼津市立病院臨床研修医登録願書

令和 3 年 月 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			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	満 歳
		性別	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>
住所	〒 -		
電話(携帯)	--	E-Mail	
所属(出身) 大学	大学 学部 年 月 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み <input type="checkbox"/>		
出身高校			
研修時の 希望※1			
希望 専門分野※2			
奨学金制度 利用の有無※3	利用している <input 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 type="checkbox"/> ・ その他()		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 県の奨学金を利用している場合は記入してください。