

受験番号：

西暦 年 月 日

地方独立行政法人りんくう総合医療センター
病院長 様

臨床研修願 兼 履歴書

りんくう総合医療センター研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、
よろしくお願いたします。

ふりがな 氏 名	
生年月日 年 月 日生 (満 歳)	性別 男・女
ふりがな 現住所 〒 -	電話 (携帯) 電話 (自宅)
E-mail アドレス	
ふりがな 受験票等発送先 (現住所と同じ場合は記入不要) 〒 -	

写真をはる位置
1. 縦 36~40 mm
横 24~30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

希望プログラム	必ず「希望する」または「希望しない」どちらかに○をつけてください ※併願可	
STARS	希望する	希望しない
広域連携型プログラム	希望する	希望しない
どちらも希望する場合、 第1希望のプログラム	STARS	広域連携型プログラム

将来希望する進路	
診療科名 1	
診療科名 2	
診療科名 3	

年	月	学歴 (高等学校卒業以降) ・ 職歴

年	月	免許・資格

当院を志望した理由

備考

記入上の注意：1.鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入 2.文字はくずさず正確に書く