

後期

福井県立病院後期研修医選考採用試験申込書

平成 年 月 日

福井県立病院
臨床研修管理委員会委員長殿

平成 29 年度福井県立病院後期研修医選考採用試験に申込みします。

なお、私は次のいずれにも該当していません。

また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

- 1 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む）
- 2 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたは
その執行を受けることがなくなるまでの者
- 3 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法または
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、またはこれに加入した者

写真添付

- 3×4 センチ
- 裏に氏名記入
- 3ヶ月以内に
撮影のもの

平成 年 月 日現在

ふりがな						
氏名						
性別	男	・	女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	生	() 才
本籍地	都・道・府・県					
現住所	〒	—				
電話番号 (携帯可)	()	—				
E-mail ※携帯不可	@					
連絡先	〒	— () —				

面接案内等は「連絡先」にお送りしますので、必ず連絡が付くところをご記入ください。

後期

氏名 _____

学歴 (高等学校卒業から記入)

年月日 (和暦)	学校名・学部・学科名	卒業・卒業見込み等	備考

職歴

年月日 (和暦)	勤務先	勤務内容	備考

その他

得意な科目 研究課題等	
クラブ活動 スポーツ・文化活動	
自覚している性格	
趣味	
特技・資格・免許	