

令和3年度 福井県立病院臨床研修医 選考採用試験申込書

令和 年 月 日

福井県立病院
臨床研修管理委員会委員長 様

令和3年度福井県立病院臨床研修医選考採用試験に申し込みます。

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

令和 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
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。必ず連絡がつくものをご記入ください。

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	