

専攻医

福井県立病院 「

」 専攻医 選考採用試験申込書

記入日 令和 年 月 日

福井県立病院

専門研修委員会委員長様

令和8年度福井県立病院「 専攻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 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
- 2 福井県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
- 3 人事委員会または公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者
- 4 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					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (峰歳・令和8年1月1日現在)				
現住所	〒 —				
電話番号 (可)	自宅() —				
E-mail ※携帯不可	@				
郵送等連絡先 (上記現住所・ 電話番号と同じ 場合は「同上」 と記載)	〒 — () —				

面接案内等は「郵送等連絡先」にお送りします。

専攻医

氏名 _____

学歴（高等学校卒業から最終学歴まで古い順に記載）

職歴（古い順に記載）

年月日（和暦）	学校名・学部・学科名 勤務先名	卒業・卒業見込み等	備考 (勤務内容など)
年 月から 年 月まで			

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	・普通自動車運転免許 有・無 ・その他_____					
健康状態 ※既往症があれば記載ください						
都道府県・大学等 からの奨学金の有無 ※地域枠等の場合は有に○	有	(詳細：)				
面接希望日 ※第1希望から第3希望 まで○を記載ください		R8.1.26 (月)	R8.1.27 (火)	R8.1.28 (水)	R8.1.29 (木)	R8.1.30 (金)
	第1希望					
	第2希望					
	第3希望					