【　　】内のいずれかを○で囲んでください。	
宮崎県立病院群フェニックスプログラム	【　第１希望　・　第２希望　・　第３希望　・　希望しない　】
県立宮崎病院群卒後臨床研修　小児科プログラム	【　第１希望　・　第２希望　・　第３希望　・　希望しない　】
県立宮崎病院群卒後臨床研修　産婦人科プログラム	【　第１希望　・　第２希望　・　第３希望　・　希望しない　】

宮崎県立宮崎病院卒後臨床研修医（医師）申込書兼履歴書

令和元年　　月　　日現在

写真を貼って下さい
（裏面のり付け）

縦４cm 程度
横３cm 程度
本人単身胸から上
写真はカラーとする

ふりがな		性　別	
氏　名	㊞	男・女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 （満　　歳）	本籍地 県	
ふりがな			
現住所	(〒　　－　　) 携帯電話番号　　－　　－　　電話番号　　－　　－		
ふりがな			
連絡先住所	(〒　　－　　)（上記現住所以外に連絡の取れる住所を記入） 携帯電話番号　　－　　－　　電話番号　　－　　－		
メール・アドレス	（携帯ｱﾄﾞﾚｽ） （ﾊﾟｿｺﾝｱﾄﾞﾚｽ）		

年	月	学　　歴
		高等学校入学

年	月	職　　歴（ｱﾙﾊﾞｲﾄは含まない）

免許・資格等	取得年月日	免許・資格等の番号	免許・資格等の名称
	・　・		
	・　・		
	・　・		
	・　・		
	・　・		
	スポーツ・文化面の資格等（段・級など）もわかる範囲で記入		

当院を志望した動機	
好きな学科	
特技 ｽﾎﾟｰﾂ 趣味	
所属 ｸﾗﾌﾞ等	中学時： 高校時： 大学時：
既往症	なし 年　　月頃（ 病名　　） 年　　月頃（ 病名　　）