

平成29年4月採用 京都市立病院臨床研修医選考試験 受験申込書

臨床研修医

ふりがな						生 年 月 日	年 月 日記入
氏名						昭和/平成 年 月 日生 (満 歳) H29.4.1現在の満年齢を記入のこと	※
現住所	〒 - (自宅電話) () - (携帯電話) - (E-Mail) @					(写真貼付) 3cm×4cm 3ヶ月以内に撮影した 正面上半身脱帽の写真 (裏面に氏名を記入すること)	
受験票送付先	〒 - ※現住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。						
	学 校 名	学部・学科・専攻名	所在地	在 学 期 間	卒業・卒業見込み等の別		
学歴	最終		都道府県	年 月～年 月	卒業(修了), 中退(年) 卒業(修了)見込, 在学(年)		
	その前		都道府県	年 月～年 月	卒業(修了), 中退(年) 卒業(修了)見込, 在学(年)		
	その前		都道府県	年 月～年 月	卒業(修了), 中退(年) 卒業(修了)見込, 在学(年)		
	その前		都道府県	年 月～年 月	卒業(修了), 中退(年) 卒業(修了)見込, 在学(年)		
	その前		都道府県	年 月～年 月	卒業(修了), 中退(年) 卒業(修了)見込, 在学(年)		
免許・資格	名 称	取得 取得見込みの別	取得(見込み) 年月	発行機関	記号・番号	備 考	
	医師免許	取得 取得見込み	年 月 日				
		取得 取得見込み	年 月 日				
		取得 取得見込み	年 月 日				
職歴	勤務先等	職務内容	勤務先 所在地	在 籍 期 間	在籍年数		
	最終		都道府県	年 月 ～ 年 月 (年 月退職予定)	年 月 日		
	その前		都道府県	年 月 ～ 年 月	年 月 日		
	その前		都道府県	年 月 ～ 年 月	年 月 日		
	その前		都道府県	年 月 ～ 年 月	年 月 日		

次のいずれかに該当する者は、受験することができません。

1 成年被後見人又は被保佐人(準禁治産者を含みます。)	有	無
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	有	無
3 当法人又は京都市において、懲戒解雇又は懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者	有	無
5 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	有	無
私は、上記のことについて相違ないことを誓約します。	氏名	印

記入上の注意(申込書に不備等がある場合は、受付できないことがありますので、注意してください。)

- ※印の欄を除くすべての欄に、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- 記入事項に虚偽又は不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 学歴欄で、最終学歴は在学中を含みます。卒業・卒業見込等の別欄は、該当するものを○で囲んでください。
卒業(修
在学を○で囲んだ方は現在の学年を、中退を○で囲んだ方は中退した学年を記入してください。
- 免許・資格欄について
(1) 医師免許については、必ず記入してください。
(2) その他の免許・資格についても、職務に関連すると思われるものは必ず記入してください。
(3) 「取得・取得見込みの別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。

裏面の「エントリーシート」にも忘れずに記入してください。

