

令和9年4月採用 京都市立病院初期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	性別(任意)	(記載不要)
氏名		昭和 年 月 日生 平成 R9.4.1 時点年齢(満 歳)	男・女	
現住所	〒 - (自宅電話) - - (携帯電話) - - (Email) @	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     (証明写真添付)                      1 正面                      2 上半身                      3 脱帽                      4 無背景                      撮影後3箇月以内のものを貼付すること。                 </div>		
受験票送付先	〒 - ※現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。			

学 歴 (最終学歴から高校までを新しい順で漏れなく記入すること。)

就学開始		就学修了		学校名(学部・学科・専攻名)	卒業・卒業見込等の種別
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> その他 ( )
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> その他 ( )
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> その他 ( )
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込 <input type="checkbox"/> その他 ( )

資 格 ・ 免 許 ・ 特 殊 技 術 ・ 技 能

取得年月日		資格・免許等名称	発行機関等	記号・番号等
昭 平 令		取得 見込 医師免許		
昭 平 令		取得 見込		
昭 平 令		取得 見込		

職 歴 (新しい順で記入すること。)

採用日		退職日		勤務先等	職務内容
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	
昭 平 令		昭 平 令		( ) 所在地(都道府県):	

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 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
2 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
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	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。(記入日)令和 年 月 日 氏名(自署)

【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。

- 各項目は、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・卒業見込等の種別欄は、該当するものにチェックを入れてください。卒業(修了)見込とは令和9年3月31日までに卒業(修了)見込の方を指します。
  - 免許・資格欄について
    - 医師免許については、必ず記入してください。
    - 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。
- 「エントリーシート」にも忘れずに記入してください。

