別　紙

平成３０年度　兵庫県立淡路医療センター歯科臨床研修医受験申込書

応募先基幹型臨床研修病院名	注1）希望順位	注2）受付印	注2）受験番号

（ふりがな） 氏　　名　　□　男　□　女	（写真貼付欄） 帽子をつけないで上半身正面を撮った写真 サイズ タテ4cm×ヨコ4cm
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日（平成２９年４月１日現在満　　歳）	
住　所（連絡先） 〒 自宅電話（　　）　　－　　携帯電話（　　）　　－	
帰省先（住所と異なる場合のみ） 〒 電話（　　）　　－	本籍地（都道府県名） 都　道 府　県

学　　歴（中学校卒業から記載）

時　期	学校名	区　分
昭・平　　年　　月		□卒　□中退
昭・平　　年　　月		□卒　□中退
昭・平　　年　　月		□卒　□中退
昭・平　　年　　月		□卒見　□卒　□中退

職　　歴

	在職期間	勤務先
最　終	昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月	
その前	昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月	

親族の状況

続柄	氏　名	年　齢	所属・職名	備　考

（注１）「希望順位」欄は、複数の基幹型臨床研修病院に応募する場合のみ、その希望順位を記入してください。
（注２）「受付印」及び「受験番号」欄には、何も記入しないでください。
（注３）「親族の状況」には、県立病院に勤務している三親等以内の親族の氏名等を記入してください。

自己ＰＲしたいこと（趣味・特技・大学のサークル活動等について、ＰＲしたいことがあれば自由に記載）

希望事項

１．希望診療科とその理由

２．研修終了後の進路

３．その他