年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人
市立東大阪医療センター理事長

臨　床　研　修　願

（専攻医用）

市立東大阪医療センターの専攻医として応募いたしたく、医師臨床研修修了登録証･医師免許証の写しを添えて申込しますので、よろしくお願いします。

（ふりがな）			最近３ヶ月以内に撮影した写真を貼ってください。
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生		
現 住 所	〒　　－		
電話番号	TEL　　－　　－　　携帯　　－　　－		性　別
E-mail	@		□ 男　□ 女
学　　歴	高等学校　（　　年　月 ～　　年　月卒業）		
	大学医学部（　　年　月 ～　　年　月卒業）		
経　　歴 （臨床研修医期間）	研修病院名	診療科名　（　）内は月数	研修期間
	（例）×××××病院	内(6)、救(3)、外(3)	○年4月～△年3月
	（例）×××××センター	小(2)、産(2)、精(1)、地(1)、循(6)	△年4月～□年3月
経　　歴 （専攻医期間）			
趣味・特技		当センターへの研修志望理由	
免許・資格等 （医師免許以外）			
面接希望日時	月　　日　　時	○院長面接日に希望があれば記入 ○都合の悪い日があれば記入→（　　）	