（シニアレジデント応募様式）

写真貼付欄
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）

平成３０年度滋賀県立成人病センター

シニアレジデント応募申込書

私は、平成３０年度滋賀県立成人病センターシニアレジデントとして採用していただきたく、必要書類を添えて申し込みます。

なお、出願票の記載事項に相違ありません。

ふりがな 氏　名	生年月日 年　月　日生	性別
〒　　－ 住　所		
連絡先 電話番号　　－　　－ メールアドレス		
希望診療科		

履　歴　書

年　　月　　日現在

ふりがな	生　年　月　日	性　別
氏名	年　　月　　日生 （満　　才）	

ふりがな

現住所

〒（　　－　）

電話（　　）　　－　　（　　方呼出）

ふりがな

連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）

〒（　　－　）

電話（　　）　　－　　（　　方呼出）

年	月	学　歴　・　職　歴　（各別にまとめて書く）

記入上の注意　１　鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入すること。
２　数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。
３　※印のところは〇で囲むこと。

（裏面へ）

年	月	学　歴　・　職　歴　（各別にまとめて書く）

年	月	免　許　・　資　格

特技・好きな学科など

本人希望記入欄

研 修 実 績 書

氏　名

１．臨床試験

２．学会発表等