地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院
初期臨床研修医採用申込書兼履歴書

（記入心得）
1　記入にあたっては、インク（ボールペン可）丁寧に記入し、□の中には該当するものにレ印をつけてください。
2　数字はすべて算用数字を用いてください。
3　現住所・連絡先は地番まで詳しく記入してください。
4　記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。

写　真

1　写真は申込前６月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。

2　写真の裏面に氏名を明記して下さい。

（縦45㎜×横35㎜）

ふりがな

氏　名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日 生（満　　歳）	性　別（　　）	撮影年月日　令和　　年　　月　　日

ふりがな

〒　　－

現住所

電話番号　（　　）　　－

E-mail

配偶者の有無　有　・　無	配偶者の扶養義務　有　・　無	扶養家族数（配偶者含まず）　人

ふりがな

〒　　－　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）

連絡先

電話番号　（　　）　　－

学　歴　　高等学校から最終学歴まで順に書いて下さい。

在学期間	学校・学部・学科（専攻科）名	卒業等
年　月～　年　月	高等学校	卒・卒見込・中退
年　月～　年　月		卒・卒見込・中退
年　月～　年　月		卒・卒見込・中退
年　月～　年　月		卒・卒見込・中退
年　月～　年　月		卒・卒見込・中退
年　月～　年　月		卒・卒見込・中退

職　歴　　（在学中のアルバイトは除きます。）

在職期間	勤務先名称
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

次の質問に該当する、しないを答えてください。		免許・資格	
イ　成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）	□該当する　□該当しない	免許資格種類	取得年月日
			・　・
ロ　拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者	□該当する　□該当しない		・　・
			・　・
ハ　岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者	□該当する　□該当しない		・　・
			・　・
ニ　日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又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、又はこれに加入した者	□該当する　□該当しない		・　・
			・　・

岐阜県立下呂温泉病院を志望する理由、特技、アピールポイントなど

希望欄（自由記載）