2020 年度

東京慈恵会医科大学附属病院 **専門修得コース** 採用申請書

西暦　　年　　月　　日

フリガナ		性別	男・女
氏　　名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（満　　歳）		
現住所（連絡先）	〒　　ー　　電話　　（　　）		
e－mail			
携帯電話	ー　　ー		
連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	〒　　ー　　電話　　（　　）		
志望科（右記よりひとつを○で選択してください）	消化器・肝臓内科　神経内科　腎臓・高血圧内科　リウマチ·膠原病内科 循環器内科　糖尿病・代謝・内分泌内科　腫瘍・血液内科　呼吸器内科 総合診療部／葛飾医療センター総合内科　精神神経科　小児科　皮膚科 放射線科（画像診断部・放射線治療部）　外科　整形外科　脳神経外科 形成外科　心臓外科　産婦人科　泌尿器科　眼科　耳鼻咽喉科　内視鏡科 リハビリテーション科　麻酔科　感染制御部　病院病理部　救急部　臨床検査科		

志望理由（必ず記載すること）

【注意事項】

1. **当院指定の履歴書（コピー可）を添付すること。**
2. **所属診療部・科および病院に関しては、医師人事委員会等で調整することがある。**

※個人情報の取り扱いについて：一度受理した応募書類は、いかなる理由があっても返還できません。また、応募書類上の個人情報は、当センターの事業以外の目的には使用いたしません。