**専攻医申込書**　　　年　　月 　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日生　　才 |
| 出身大学 | 　　　　　　　　大学　　　　　年　　　月卒業 | 出身地 | 都・道・府・県 |
| 現 勤 務 先 |  |
| e-mail： | ※試験に関する連絡をe-mailで行います | 配偶者 | 扶養家族人数（配偶者を除く） |
| * 有 ・ 無
 |  人 |
| 現住所 | （〒　　　　-　　　　） 　Tel　　自宅 ・ 携帯　： |
| 連絡先 | （〒　　　　-　　　　） 　Tel　：※現住所と異なる場合のみご記入ください。 |
|  | 特に良い | 良　い | 普通 | やや劣る | 劣　る | 健康状態 | １.非常に健康である　２.健康である　３.病気がちである |
| 自　己　評　価 | 責任感 |  |  |  |  |  | 長所 |  |
| 協調性 |  |  |  |  |  |  |
| 積極性 |  |  |  |  |  |  |
| 向上心 |  |  |  |  |  |  |
| 実行力 |  |  |  |  |  | 短所 |  |
| 忍耐力 |  |  |  |  |  |  |
| 敏速性 |  |  |  |  |  |  |
| 社 交 性 |  |  |  |  |  |  |
| 筑波メディカルセンター病院を知ったきっかけ |
| 希望のプログラム |  |
| 注意事項 | ①該当欄に記入あるいは該当事項を○で囲んでください。②連絡先が現住所と同じ場合は、｢同上｣で良い。**裏面（次頁）も必ずお書きください。** |
| ※面接官記入欄 |  |

公益財団法人 筑波メディカルセンター

|  |
| --- |
| ◎当院の専攻医に応募しようと思った理由についてお書きください。 |
| ◎当院での研修中に学びたいことについてお書きください。 |
| ◎現在日本の抱える医療問題について感じていることをお書きください。注；欄内におさまる程度にお書きください。 |

公益財団法人 筑波メディカルセンター