# 独立行政法人国立病院機構東京医療センター　2027年度リウマチ・膠原病内科レジデント採用試験願書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふ　り　が　な | | 性別 | ※受験番号 | |
| 氏　　名 | 印 | | 写真貼付箇所<br>（縦4cm　×　横3cm）<br>脱帽・無背景 | |
| 生　年　月　日 | 西暦　　年　　月　　日 生　（満　　歳） | | | |
| 医 籍 登 録 番 号 | | | | |
| 医籍登録年月日 | 西暦　　年　　月　　日 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現　住　所 | 〒<br>TEL<br>E－mail： | | |
| 連　絡　先 | 〒　　（現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入）<br>TEL<br>E－mail： | | |
| 学　歴 | 元号　年 | 月 | 学　歴　（高校から記入） |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 職　歴 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| あなたが東京医療センターを志望した理由を教えてください(400文字) |
| --- |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| あなたの今後の希望・研究課題を教えて下さい(200文字) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| あなたが採用された場合の3年後のキャリアプランを教えてください(200文字) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| 業績 | 学会発表(　　回)　　論文発表(　　回)　　解剖(　　症例) |
| --- | --- |
| あなたが大切にしているもの | |
| 趣味・資格 | |
| 併願病院 | |

※　備考

## ○　記入上の注意（提出前に必ず確認してください）

1. ※がついている部分は記入しないでください。
2. 氏名には忘れず捺印してください。
3. 年齢は記入日の満年齢を記入して下さい。
4. 写真は縦4cm、横3cm以内に撮影したものを貼り付けてください。
5. その他ご不明な点がございましたら担当までメールでご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター
管理課　給与係長
03-3411-0111（内線2130）
215-kyuyo@mail.hosp.go.jp