独立行政法人国立病院機構東京医療センター　フェロー採用試験願書

ふ　り　が　な		性別	※受験番号	
氏　　名	印		写真貼付箇所 （縦4cm　×　横3cm） 脱帽・無背景	
生　年　月　日	昭和・平成　　年　　月　　日 生　（満　　歳）			
医 籍 登 録 番 号				
医籍登録年月日	年　　月　　日			
採用希望診療科名				
専　門　医　資　格	（　　年　　月　取得）			
	（　　年　　月　取得）			
現　　住　　所	〒 TEL 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） TEL E－mail:			

	元号　年	月	学　　歴（高校から記入）
学　　歴			
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)

後期臨床研修中の業績	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・特技				
通勤時間	約　　時間　　分		宿舎希望 ※院外受験者のみ	有　　無
配偶者	有　　無	扶養家族数(配偶者除く)		人

○　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