**福岡赤十字病院**

**令和６年度新専門医制度専攻医応募用履歴書　兼　自己紹介書**

|  |
| --- |
| **写真添付**  令和　　年　　月　　日現在  No1  **申込前３ヵ月以内に撮影されたもの**  **大きさ**  **（タテ４cmヨコ３．５cm）** |
| **ふりがな** |  | | | |  |
| **氏名** |  | | | |
| **生年月日** | **昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）　男・女** | | | |
| **ふりがな** |  | | | | |
| **現住所** | **〒　　－　　　　電話　　　（　　　）　　　携帯　　　－　　　－** | | | | |
| **E-mail** |  | | | | |
| **ふりがな** |  | | | | |
| **緊急時の連絡先** | **〒　　－　　　　電話　　　（　　　）　　　携帯　　　－　　　－**  **続柄（　　　　　　）　　氏名（　　　　　　　　　）** | | | | |
| **学歴**  **(高校から)** | **年　　月入学**  **年　　月卒業** | |  | | |
| **年　　月入学**  **年　　月卒業** | |  | | |
| **年　　月入学**  **年　　月卒業** | |  | | |
| **年　　月入学**  **年　　月卒業** | |  | | |
| **職歴**  **(初期研修病院含む)** | **年　月～　年　月** | |  | | |
| **年　月～　年　月** | |  | | |
| **年　月～　年　月** | |  | | |
| **資格・免許** | **年　　月　　日医籍登録済　医師免許証登録番号　　　　　　号** | | | | |
| **年　　月** | | | | |
| **年　　月** | | | | |
| **年　　月** | | | | |
| **趣味**  **特技**  **スポーツ** |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **健康状態** | **（既往症）** | | | | |
| **扶養家族数　　　　　人**  **（配偶者を除く）** | | **配偶者　※　有　・　無** | | **配偶者の扶養義務　※　有　・　無** | |

**記入注意：A4用紙(３枚)に印刷し、受験者本人直筆で手書きすること。**

**：※印のところは、該当するところを○で囲むこと。**

**No2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[氏名：　　　　　　　　]**

|  |  |
| --- | --- |
| **自覚する性格** | **長所：** |
|  |
| **短所：** |
|  |
| **希望する領域**  **○をつけること** | **<基幹型専門研修>**  **内科　　　　　　　外科** |
| **当院・当診療科を希望する理由** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **将来希望する進路** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**No3　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[氏名：　　　　　　　　]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **初期臨床研修**  **病院** |  | |
| **初期臨床研修の内容** | **期　　間** | **診療科（他院での研修の場合は病院名等）** |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **年　月～　月** |  |
| **これまでの研修（初期臨床研修）で**  **特に力を入れていたこと、学会発表・**  **論文のテーマなど自己PRとなるも**  **のがあれば自由に記載してください。** |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |