

岐阜県立多治見病院 初期研修医採用願書兼履歴書

1 記入にあたっては、ボールペン等で丁寧に記入し、□の中には該当するものに「レ」を付けてください。「印」には押印してください。 2 数字はすべて算用数字を用いてください。 3 現住所は地番まで詳しく記入してください。 4 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。				写真 (ここに貼付) 写真は申込前6月以内に帽子をつけないで、上半身正面向を撮ったもので本人と確認できるものがが必要です。			
ふりがな				氏 名			
印							
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満	歳)	男・女	撮影年月日 令和 年 月 日
ふりがな							
〒 ー 現住所							
電話 () ー				E-mail			
マッチングID				地域枠医学生 該当 ・ 非該当			
配偶者の有無		有 ・ 無		配偶者の扶養義務		有 ・ 無	
配偶者の有無		有 ・ 無		扶養家族数 (配偶者含まず)		人	
ふりがな							
〒 ー 帰省先							
電話 () ー							

[illegible]

次の質問に該当する、該当しないを教えてください。	免許・資格	
イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 ☐ 該当する ☐ 該当しない	免許資格種類	取得年月日
		・ ・
		・ ・
ロ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 ☐ 該当する ☐ 該当しない		・ ・
		・ ・
		・ ・
		・ ・

岐阜県立多治見病院を志望する理由、特技、アピールポイントなど

選考日の希望（複数回答可） 1. 令和7年8月1日（金） 2. 令和7年8月8日（金） 3. 令和7年8月14日（木） 4. 令和7年8月15日（金）

・採用の可否は、面接のうえ厚生労働省主催のマッチングの形式に従い決定します。