

初期研修申込書

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 卒後教育委員会 委員長 殿

写真貼付欄
 ハポートサイズ
 縦4.5cm×横3.5cm

ふりがな	
氏名	印
生年月日	西暦 年 月 日生 満 歳

私はこの度、貴院における2019年4月から2年間の初期研修に応募します。

現住所	〒()	TEL () -
		携帯 - -
E-mail	@	
実家住所	〒()	TEL () -
		本籍地 都道府県
緊急連絡先	〒()	TEL () -
		氏名 続柄

履 歴

学歴	入学年月	卒業年月	学校名
	西暦 年 月	西暦 年 月 卒業	高等学校
西暦 年 月	西暦 年 月 卒業		
西暦 年 月	西暦 年 月 卒業見込	大学医学部	
免許・資格	取得年月日	登録番号	種別
	西暦 年 月 日	第 号	
西暦 年 月 日	第 号		

プログラム	志望するプログラムの欄に✓を付けてください *併願の場合は志望順位欄に(①・②)を記載してください		経験された内容の欄に✓を付け、実施時期を記載および○で囲んでください			
	プログラム名		併願順位			
	亀田内科系プログラム					
	亀田外科系プログラム					
	亀田麻酔・救急・集中治療プログラム					
	亀田産婦人科プログラム					
	亀田小児科プログラム					
	亀田病理プログラム					
地域ジェネラリストプログラム						
		見学・実習	内容		実施時期	
			1日診療科見学会	5年(2-3月)	6年(6-7月)	
			病院説明会	年生の 月 開催分		
				年生の 月 開催分		
			病院実習	*実習日: 年 月~ 月		
				診療科:	科	
				*実習日: 年 月~ 月		
				診療科:	科	

研 修 希 望 者 の 身 上 に つ い て

家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	同 居	別 居	職 業	

扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 ・ 無	配偶者の扶養義務 (配偶者有の場合)	有 ・ 無
------------------	---	-----	-------	-----------------------	-------

研 修 志 望 理 由
(あなたが亀田総合病院の初期研修プログラムを志望する理由)



English Interview Sheet

PHOTO
Passport size
4.5cm×3.5cm

Name _____

Date of Birth (YY/MM/DD) _____

Medical School _____

Hobbies Interests				
Special Skills Qualification				
Career Goal in Medicine * <input checked="" type="checkbox"/> check the box		Internal Medicine (内科系プログラム)		Pediatrics (小児科プログラム)
		Surgery (外科系プログラム)		Pathology (病理プログラム)
		Anes, EM, CCM (麻酔・救急・集中治療プログラム)		Regional Generalist (地域ジェネラリストプログラム)
		Obstetrics and Gynecology (産婦人科プログラム)		

Essay

Why did you apply for Kameda Medical Center?

Large empty box for writing the essay response.

Comment	
---------	--