

平成 年 月 日

平成24年度 荏原病院 応募用紙 兼 履歴書

ふりがな		性別	写真添付 申込前3ヵ月以内に撮 影された無帽で正面 上半身・無背景のもの とする。 大きさ タテ5cm ヨコ4cm
氏名			
生年月日	S 年 月 日 (年度末 歳)		
ふりがな			
現住所	〒 電 話 () — 携帯電話 () —		
メールアドレス			
ふりがな			
緊急連絡先	〒 電 話 () — 携帯電話 () —		
学 歴	() 高等学校	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	
免 許	医師 医籍登録 S・H	年 月 日 第 号	
健康状況			
臨床研修歴 勤務歴	勤 務 期 間	施 設 名	診療科名
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
応募コース		専攻したい 専門分野	
志望理由			

所属学会・資格	学会加入の有無 有 () ・ 無 認定医・専門医資格の有無 有 () ・ 無
学会発表・著作論文等	
自己PR	
初期臨床研修の自己評価	
修了後の進路希望	1 市中病院勤務 (含む都立病院・公社病院) 2 大学病院勤務 (含む大学院) 3 へき地診療所勤務 4 開業 5 その他 ()
単身宿舎の希望	有 ・ 無
ER/救命救急短期研修の希望	[東京医師アカデミーでは、総合診療能力醸成のため、内科系または外科系コースを専攻する方について、3ヶ月程度のER/救命救急短期研修を必修としていますが、その他のコースを専攻する方でも希望により同研修が可能です。] 有 ・ 無
参考のため、他に希望する都立病院・公社病院がある場合は下記にご記入ください。 (なお、併願する場合は、それぞれの病院に応募が必要です。)	
病院 コース () 科)	理由
病院 コース () 科)	理由
病院 コース () 科)	理由
併願している場合の病院・大学名等(差し支えない範囲でお答えください。)	
①	②
③	
東京医師アカデミーシニアレジデント募集について、何によってお知りになりましたか。 1 東京医師アカデミーHP 2 応募病院HP 3 セミナー 4 先輩等からの紹介 5 雑誌・新聞 () 6 その他 ()	

※ 全ての欄にできるだけ詳細に楷書で記入してください。

※ 上記個人情報については、特段異議がない場合、「東京医師アカデミー個人履歴カード」として病院経営本部及び(株)東京都保健医療公社で利用する旨同意したものとします。なお、情報の取扱いは十分留意します。