

注意事項

1 提出書類

- ① 受験申込書・履歴書（A4・片面）
- ② 医師免許写し（A4）
- ③ 臨床研修修了（見込）書（任意様式）
- ④ 推薦状（別紙）（上司又は指導者からの推薦）
- ⑤ 健康診断書・抗体値 ※合否判定後

2 応募先

〒270-2296 松戸市千駄堀993番地の1（松戸市立総合医療センター内）
松戸市病院事業管理局 人事課
Tel 047-712-0715

記載要領

1 申込書

- ① 受験番号は記載不要です
- ② 写真の裏面に氏名を記載してください
- ③ プログラム志望コースは名称を記載してください
- ④ 現住所は居所又は連絡先を記載してください
- ⑤ e-mailは受験日等の調整を行いますので、必ず記載してください
- ⑥ 当院志望理由を記載してください
- ⑦ プログラム志望理由を記載してください

2 履歴書

- ① 学歴は高等学校から年次順に記載してください（ただし、大検（高等卒業認定試験・大学入学資格検定）の場合は校名に「大検」、学部・学科名欄に合格日を記載してください）
- ② 臨床研修実施状況について記載してください
- ③ 健康状態は、合否決定後、改めて健康診断書の提出を求めますので、現状を簡潔に記載してください

3 推薦状

- ① 受験に際し、上司又は指導者の推薦状をいただいでください
- ② 厳封のまま提出してください

- 1 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
- 2 松戸市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 3 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

職種	内科専攻医	受験 番号	※
氏名	㐅㐂㑕㒃	(写真)	
		①6か月以内 ②無帽、正面上半身 ③無背景	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳) 男・女		
プログラム志望コース	プログラム：	大きさ (4.5cm×3.5cm)	
研修期間	3年間		
現住所 (連絡先)	〒 Tel.		
e-mail			
当院志望理由			
プログラム志望理由			

履 歴 書

学歴 (高等学校から)	校名	学部・学科名		期間	修学年数	区分
				S/H/R 年 月から S/H/R 年 月まで		・ 卒業 ・ 年退学
				S/H/R 年 月から S/H/R 年 月まで		・ 卒業 ・ 年退学
				S/H/R 年 月から S/H/R 年 月まで		・ 卒業 ・ 年退学
				S/H/R 年 月から S/H/R 年 月まで		・ 卒業 ・ 在学中
臨床研修実施状況						
必修	診療科（専門科）		実施月数	実施施設		
	内科系（ ）		か月	施設名：		
	外科系（ ）		か月	施設名：		
	救急科		か月	施設名：		
	麻酔科		か月	施設名：		
	小児科		か月	施設名：		
	産婦人科		か月	施設名：		
	精神科		か月	施設名：		
選択			か月	施設名：		
			か月	施設名：		
			か月	施設名：		
			か月	施設名：		
			か月	施設名：		
医師免許	医籍登録 平成・令和 年 月 日 第 号					
資格	麻薬施用者免許証 第 号（有効期間： ～ ） 保険医登録票 医 号					
その他 資格・免許						
賞罰	有（内容： ）・無					
健康状態						
家族の 状況	氏名	続柄	年齢	職業・勤務先	扶養義務	同居・別居
					有・無	同・別
					有・無	同・別
					有・無	同・別
					有・無	同・別
					有・無	同・別
職員駐車場の希望		有 ・ 無				
障害者手帳等の有無		有（内容： ）・無				

推薦狀

令和 年 月 日

＜推薦者＞

所属・職

ふり 氏 がな 名

応募者との関係

次の応募者 _____ について、下記のとおり推薦します。

＜推薦理由＞

- ① 本状は封筒に入れ厳封の上、応募者本人にお渡しください
- ② 推薦理由は応募者の能力・性格等についても可能な範囲でお書きください