

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 2020年度専門研修プログラム選考面接願書

ふりがな		性別	※受験番号
氏名	印	写真貼付箇所 (縦4cm × 横3cm) 脱帽・無背景	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
医籍登録番号			
医籍登録年月日	平成 年 月 日		
現住所	〒		
	TEL		
	E-mail:		
連絡先	〒 (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)		
	TEL		
	E-mail:		
希望プログラム	※内科プログラム場合はコースも記入して下さい		
学歴	元号 年 月	学歴 (高校から記入)	
職歴			

あなたが東京医療センターを志望した理由を教えてください(400文字)

あなたの今後の希望・研究課題を教えてください(200文字)

あなたが採用された場合の3年後のキャリアプランを教えてください(200文字)

初期臨床研修中の業績

学会発表(回) 論文発表(回) 解剖(症例)

あなたが大切に
しているもの

趣味・資格

併願病院

※ 備考

○ 記入上の注意(提出前に必ず確認してください)

1. ※がついている部分は記入しないでください。
2. 氏名には忘れず捺印してください。
3. 年齢は記入日の満年齢を記入して下さい。
4. 写真は縦4cm、横3cm以内に撮影したものを貼り付けてください。
5. 希望診療科プログラムは必ずご記入ください。
(内科プログラムの場合はコースとサブスペシャルティ診療科も記入して下さい)
6. 学歴と職歴は別にご記入ください(学歴は高校からご記入ください)
7. その他ご不明な点がございましたら担当までメールでご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター
管理課 職員係長
03-3411-0111 内線2114
smaru@ntmc-hosp.jp