**茨城県立こころの医療センター**

**精神科専門研修プログラム専攻医願書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

茨城県立こころの医療センター病院長　殿

茨城県立こころの医療センター専攻医を志望しますので，所定の書類を添えて出願いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な 氏 名（自 署） |  　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 |  　　　　　　　　　 年　　　 月　　　 日　　（　　　歳） |
| 現住所 |  〒　　　　－  |
| 固定電話番号 | 　　　　　　　－　　　　　　－ |
| 携帯電話番号 | 　　　　　　　－　　　　　　－ |
| E-mailアドレス |  |
| 最終学校名 |  　　　　　　　　　　　　　　 大学　　　　　　年　　　月 卒業 |
| 医籍登録番号及び年月日 | 　　　　　　　第 　　　　　 　　　　　　 　　 号　　　　　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日 |

　　※　参考までに、本採用試験をお知りになったきっかけに○を付けてください（複数回答可）。

　　　１．知人からの紹介　　　　　２．病院のホームページを見て

　　　３．募集要項を見て　　　　　４．臨床研修

　　　５．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　）