

岩手県立病院医師（ママドクター）選考採用申込書

（平成 年 月 日作成）

受付番号			写 真 貼 付 上半身、脱帽及び正面向きのもので最近 3 月以内に撮影したもの （電子メールで応募する場合はデータ添付で可） 大きさ 縦 5 cm × 横 4 cm程度
フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	
現住所 (居所)	〒		
	電話		
連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合に記入願います。) 〒		
	電話		
E-mail			
携帯電話			
学歴 (高等学校以上を記入願います。)	学校・学部科名	修学期間	卒・修了・中退の別
		年 月～ 年 月	卒業・修了・ 学年中退
		年 月～ 年 月	卒業・修了・ 学年中退
		年 月～ 年 月	卒業・修了・ 学年中退
		年 月～ 年 月	卒業・修了・ 学年中退
免許・資格 (医師免許、学位、認定医、専門医等)	免許・資格等名	取得年月日	登録番号等
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

氏名			
	勤務先等	役職・職務内容等	期間
			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
			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
			年 月～ 年 月

※ 欄が不足する場合には、複写して使用願います。また、別紙として作成しても構いません。

専門領域 (診療科等)	
希望診療科	
希望勤務先 (希望する病院、地域等があれば記載願います。)	① ② ③
その他希望する条件等	
健康状況	次の該当する番号を○で囲んでください。 1 自信あり 2 やや自信なし 3 自信なし 4 病氣中
<p>私は、次の各号のいずれにも該当していません。また、この申込書の記載事項は、すべて事実と相違ありません。</p> <p>1 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）</p> <p>2 禁こ以上の刑に処され、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</p> <p>3 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</p> <p>4 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</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>	