

公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院

歯科臨床研修医選考願書兼履歴書

| | | | |
|------------------------|----------------------------------|---|--------|
| 公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院長 殿 | | (写 真 添 付) 最近6ヶ月以内 無背景で撮影 (ﾀﾞｲ4cm×ｺﾞｺ4cm) | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| ふりがな 氏 名 | | | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日生 | 歳 | 性別 |
| 現 住 所 | 〒 都道府県 | | |
| 電 話 番 号 | Tel () | | |
| メールアドレス | | | |
| 連 絡 先 | あなたに連絡できる家族・知人等の氏名及び続柄を記入してください。 | | |
| | 氏名 | Tel | 続柄 () |
| 学 職 | () 高等学校 | | 年 月卒業 |
| | | 年 月入学 | 年 月卒業 |
| 歴 歴 | | 年 月入学 | 年 月卒業 |
| | | 年 月入学 | 年 月卒業 |
| 健康 状態 (既往症) | 地域枠等都道府県・ 大学等からの奨学金の有無 | 有 ・ 無 | |
| 趣味 | ※上記有の場合当該地域の勤務条件を記載 | | |

| 家族氏名 | 続柄 | 年齢 | 家族氏名 | 続柄 | 年齢 |
|------------------|----|----|------|----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| 歯科 医師志望 理由 | | | | | |
| | | | | | |
| 当院 希望 理由 | | | | | |
| | | | | | |
| 自己 PR | | | | | |
| | | | | | |

添付書類 1 卒業（見込）証明書 2 推薦書

3 小論文「私の理想とする歯科医師像」（800字程度、形式自由、自筆のみ）