

(様式)

『総合医』のためのへき地医療研修プログラム応募書

奈良県

ふりがな			性別	(写真) 4 cm × 3 cm		
氏名						
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)					
ふりがな			電話番号	() -		
現住所	〒					
ふりがな			電話番号	() -		
採用通知等 送付先	〒					
年号	年	月	学 歴 (高校卒業以降のもの)			
			学校名	学部名	学科名	卒業・中退等
		から まで				
		から まで				
		から まで				
		から まで				
医籍登録			年 月 日 第 号			
保険医登録番号			医 第 号			
臨床研修	期 間	自 年 月 至 年 月				
	病院名					

職 歴	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
指 導 医 専 門 医 認 定 医	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

私は、貴県の『総合医』のためのへき地医療研修プログラムの研修医に応募します。

なお、私は、次のいずれにも該当しておりません。また、この応募書のすべての記載事項に相違ありません。

- 1 成年被後見人および被保佐人（準禁治産者を含む）
- 2 禁こ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
- 3 奈良県職員とし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
- 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

奈良県知事 殿

平成 年 月 日

氏 名

㊟

●必要書類●

① 応募書（本様式）

◆写真添付（写真は縦4 cm、横3 cm 上半身脱帽、正面向で3か月以内に撮影したもの。白黒、カラーは問いません。）

② 応募動機 ※別紙の作成要領に従い作成してください。

③ 最終学歴の卒業証明書

（最終学歴が大学院である場合は、大学の卒業証明書及び成績証明書も併せて提出）

④ 成績証明書

⑤ 医師免許証の写し

⑥ 臨床研修修了登録証の写し

（臨床研修修了見込証明書又はこれに代わるものでも可）

⑦ 健康診断書

⑧ 返信用封筒 2通

（23.5 cm×12 cmの定形封筒2通それぞれに切手350円分を貼り、郵便番号及び住所・氏名を明記）

●申込方法●

必要書類を、奈良県医療政策部地域医療連携課医師・看護師確保対策室医師対策係まで直接持参するか、又は書留で郵送してください。

※ 郵送の場合は、封筒の表に必ず「選考（へき地医療研修プログラム）応募」と朱書きしてください。



(別紙)

応募動機作成要領

【テーマ】

『総合医』のためのへき地医療研修プログラムに応募した動機について」

本プログラムに応募した動機について、あなたが将来目指している医師像や、どのような分野で活躍していきたいのか等について、この研修プログラムに期待することを踏まえて、記述してください。

- 1 用紙は、A4版（日本工業規格）を使用してください。
- 2 記載方法は、縦置き・横書きとし、ワープロ、自筆いずれでも結構です。
- 3 記載内容は、住所、氏名を頭書に記載し、以下本文を記載してください。
- 4 字数については、1,000字程度にまとめてください。

<作成見本>

(A4版)

住所 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○

氏名 ○ ○ ○ ○

「(タイトル)」

(以下、本文を記載してください)