年　　月　　日

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院　院長　様

**株式会社日立製作所ひたちなか総合病院**

**内科専門研修プログラム申込書**

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 内科専門研修プログラムへ応募いたしますので、よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 写真 | (ふりがな) |  |
| 氏名 | (印)　　 |
| 生年月日 | 　 年　　 月　　 日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| （ふりがな） |  |
| 現住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 | 　　　　－　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| （ふりがな） |  |
| 緊急連絡先（実家等） | 〒　　　　－　　 |
| 氏名・続柄 | 　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　 |
| 電話番号 |  |

資格・免許等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・免許等の名称 | 番号 | 資格取得年月日 |
|  |  | 年 　　月 　　日 |
|  |  | 年 　　月 　　日 |
|  |  | 年 　　月 　　日 |

志望動機・自己ＰＲ

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |