**応募書類の送付について**

1. **履歴書（本書類の２ページ目以降）**【注意事項・必ずお読みください】  
   ※ 手書きは厳禁とします。  
   ※ 質問の回答には、当院ホームページに掲載されているキーワード（理念や研修方針等）を多用せず極  
    力自身の言葉を使って記載してください。  
   ※ 採用試験（面接）は質問回答内容をもとに質疑を行います。（オンライン面接可能）  
    面接内容は録画され、選考の際に使用致します。  
    応募書類を送付することでこれに同意したとみなします。
2. **医師免許証（写し）**
3. **保険医登録票（写し）**
4. **臨床研修修了見込証明書**

上記４点をクリアファイルに入れ、普通郵便またはレターパックで下記宛先まで送付ください。

〒〒212-0014 神奈川県川崎市幸区大宮町23-5　コーラルビル  
社会医療法人財団 石心会 法人事務局　医師招聘部　紀平浩幸

**履歴書**　　2020年　　月　　日現在

写真（縦4cm、横3cm）

半年以内に撮影した写真を貼付すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | | |
| 氏名  ㊞ | | |
| 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） | | 性別 　男 ・ 女 |
| ふりがな | | |
| 現住所　　〒　　－  出身県： | | |
| 電話 | 携帯電話 | |
| E-mail | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴ならびに職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

医師免許

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年　　月　　日　　第　　　　　　回医師国家試験合格 |
| 医籍登録番号　　第　　　　　　　　号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | その他資格・特技等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. 希望する研修タイプを選択してください。（いずれかに☑を入れてください。） 　内科標準研修タイプ 　サブスペシャリティ重点タイプ（循環器内科） 　サブスペシャリティ重点タイプ（消化器内科） 　サブスペシャリティ重点タイプ（腎臓内科） 2. 選択の理由を記してください。（なぜ当院のプログラムを希望するのかを含め） 3. 内科専門研修修了後の進路について、理由を含めて記してください。 |

「地域枠の従事要件」に関する確認書

地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、当院では医師の採用時に「地域枠従事要件」が課されていないかどうかの確認を行っておりますので、以下の質問にご回答をお願いします。

記載日：　2020年　　月　　　日

質問１医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問２にもご回答ください。）いいえ質問２当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問3にもご回答ください。いいえ⇒奨学金返還済みその他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）質問3地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします。質問１医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問２にもご回答ください。）いいえ質問２当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問3にもご回答ください。いいえ⇒奨学金返還済みその他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）質問3地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします質問１医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問２にもご回答ください。）いいえ質問２当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。（いずれかを〇で囲んでください。）はい⇒質問3にもご回答ください。いいえ⇒奨学金返還済みその他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）質問3地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします

質問１　医学部入学時あるいは入学後に地域枠での従事要件（含む奨学金）がありましたか。

（いずれかに☑を入れてください。）

は い ⇒ 質問２ にもご回答ください。

いいえ

質問２　当院での勤務開始予定日時点で、地域枠の義務年限は残っていますか。

（いずれかに☑を入れてください。）

は い ⇒ 質問3 にもご回答ください。

いいえ ⇒ 奨学金返還済み

その他（その他を選択した場合は質問3に詳細を記載）

質問３　地域枠での従事要件の具体的な内容について、記載をお願いします。

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