この度は当医局への入局を決定頂き、ありがとうございます。
2枚目以降の申請書（履歴書）をご提出くださいますようお願い致します。

* お預かりしました申請書は当医局にて厳重に保管致します。
* 頂戴いたしました情報は、今後のご連絡や採用予定者調整関係書類で使用させていただきます。
* 書類は郵送でもメール添付の形でも可です。
* メール添付にて申請書をご提出の場合、証明写真の元画像データも併せてお送りください。

**ご提出 ＆ 書類に関するお問い合わせ**

大阪公立大学大学院医学研究科
放射線診断学・IVR学教室
〒545-8585大阪府大阪市阿倍野区旭町1-4-3

Tel：06-6645-3831 / Fax：06-6646-6655
Email： gr-med-radiology@omu.ac.jp

郵送の場合は封筒表側に『入局申請書 在中』の記載をお願い致します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | (西暦)　　　　年　　　月　　　日 | 入局希望年度 | (西暦)　　　　　年度 |
| ふりがな |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | (西暦)　　　　　年　　　月　　　日 | 入局予定時年齢 | 歳 |
| 現住所 | 〒証明写真メール送信の方は、画像データも併せてご提出ください |
| 入局後住所 | 〒まだ決定していない場合はその旨ご記載ください |
| TEL | 自宅 |  | 携帯 |  |
| Email | PC（書類添付が可能なもの） |  |
| 携帯 |  |
| 日本医学放射線学会会員番号 | （お持ちでない場合は、入局決定後に入会手続きをお願い致します） |

学歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 所属・勤務先 | 役職 | 備考 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

職歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 所属・勤務先 | 役職 | 備考 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 自 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 至 | ㋿ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

次頁に続きます

学位・資格等

|  |  |
| --- | --- |
| 取得日 | 学位（大学名）・資格等 |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 医師免許取得（第　　　　　　　　　　　号） |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 保険医取得（　　　　医　　　　　　　　号） |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |