**履修志望票**

記入年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名写真貼付タテ**4**×ヨコ**3****3ヶ月以内撮影** 正面上半身脱帽 背景なし裏面氏名記入同一のも の、裏面に氏名を記入 |
| 生年月日　　　　　西暦　　　　　年（ 昭和・平成 　　年）　　　月　　　　日　（満　　　歳） |
| ふりがな |
| 現住所（郵便物を受け取ることができる住所　建物名、部屋番号まで記入）〒　　　 |
| 電話番号（日中連絡できる番号） | メールアドレス　　　　　　　 |
| ふりがな | 職種 |
| 勤務・所属先 |  |
| 最終学歴 | 西暦　　　　　年（ 昭和・平成 　　年）　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業・修了 |
| 取得している医療系資格・免許（取得年月日） |  |
| 上記の通り相違ありません西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 志望理由 |
|  |

小論文　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

病院経営に対するあなたの考え方・意見を述べてください。

（A4用紙1枚、**様式**は自由。 黒のボールペン**または**インクによる**自筆**。パソコン、ワープロによる作成可。）