**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。）