この度は当医局への入局をご検討いただき、ありがとうございます。
下記の通り、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保管致します。
* 頂戴いたしました情報は、今後のご連絡、採用予定者調整関係書類で使用させていただきます。
* 入局可否の決定、及び配属先の連絡は追って致します。
* 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
（当医局でも撮影可能です）

**ご提出 ＆ 書類に関するお問い合わせ**

大阪市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： radiol\_ps@med.osaka-cu.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 |
| 希望科☑ | □放射線科（放射線診断学・IVR学）　□放射線治療科（放射線腫瘍学） |
| 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・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 |
| 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 |  |