**茨城県海外医科大学卒業生受入推進事業**

**応募書 兼 面接申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| ふりがな氏　　名 | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生（　　　 　年　 月　 日現在）満　　　才 |
| 卒業（予定）大学名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申込時の状況（以下のいずれかに○を付けてください。）　　１．卒業見込み２．卒業 | 写真貼付欄 |
| 40ｍｍ×30ｍｍ |
| 現住所等 | 〒 |
| 電話：　　　　（　　　　） | 携帯：　　　　（　　　　） |
| Eメールアドレス： |
| 出　　身　　高　　校 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 卒業等 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　卒業 |
| **※該当がある場合に記入願います。（高校卒業後の在学歴（予備校含む）、就職歴等）** |
| 卒業後履歴 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） |
| 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） |
| 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　　　　　　　　　） |
| 希望受入医療機関 | 第１希望 |  |
| 第２希望 |  |
| 第３希望 |  |

募集要項に記載されている受入医療機関の中から選定し、必ず第３希望まで記載してください。