

様式第1号

秋田県立脳血管研究センター脳卒中専攻医採用願書

平成 年 月 日

秋田県立脳血管研究センター  
センター長 様

住 所  
氏 名 印

生年月日 年 月 日生 ( 歳)

秋田県立脳血管研究センター脳卒中専攻医取扱要綱第4条の規定に基づき、貴センターの脳卒中専攻医に下記のとおり申し込みます。

記

1 希望するコース（希望するコースの前に「○」をつけてください。）

- ( ) 「脳動脈瘤の外科」コース
- ( ) 「頭蓋内外バイパス術トレーニング」コース
- ( ) 「脳卒中の治療」コース
- ( ) 「神経疾患と脳卒中の研修」コース
- ( ) 「脳卒中の放射線診断」コース
- ( ) 「脳卒中のリスク管理」コース

2 希望する期間

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

3 添付書類

- (1) 履歴書
- (2) 推薦状
- (3) 健康診断書
- (4) 医師免許証の写し
- (5) 業績概要

修 了 証 書

氏 名

秋田県立脳血管研究センターにおいて、○ ○ ○ ○  
○ ○ コースの研修を終えたことを証する

平成 年 月 日

秋田県立脳血管研究センター  
センター長

## 履 歴 書

写 真

(最近 3 ヶ月以内  
のもの)

平成 年 月 日現在

|                            |     |     |   |        |                     |
|----------------------------|-----|-----|---|--------|---------------------|
| ふりがな<br>氏 名                |     |     |   |        | ( 男・女 )             |
| 生年月日                       | 昭和  | 年   | 月 | 日生     | ( 歳 )               |
| 本 籍                        |     |     |   |        |                     |
| ふりがな<br>現 住 所              | 〒   |     |   |        |                     |
|                            | TEL | ( ) |   | E-mail |                     |
| ふりがな<br>連 絡 先              | 〒   |     |   |        |                     |
|                            | TEL | ( ) |   | E-mail |                     |
| 学 歴<br>(高等学校以降を<br>記載)     | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 |        |                     |
| 職 歴<br>(研究歴を含む)            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
|                            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
|                            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
|                            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
|                            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
|                            | 平成  | 年   | 月 | ～      | 年 月                 |
| 免許・資格<br>(学会認定医取得<br>等を記入) | 平成  | 年   | 月 | 日      | 医師免許取得 (医籍登録番号：第 号) |
|                            | 平成  | 年   | 月 | 日      |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 | 日      |                     |
|                            | 平成  | 年   | 月 | 日      |                     |

家族の状況

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 |
|----|----|----|----|
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |

その他

|               |
|---------------|
| 志望動機等         |
| 健康状態          |
| その他特記事項（自由記載） |

|                            |
|----------------------------|
| ※脳研センター使用欄（ここは記入しないでください。） |
|----------------------------|

推 薦 状

平成 年 月 日

推薦者氏名 印

推薦者の所属機関等  
(機関名)

(職 名)

被推薦者との関係

秋田県立脳血管研究センター脳卒中専攻医の志願者 について、  
下記のとおり推薦します。

《推薦理由》