国立研究開発法人 国立がん研究センター　□中央病院 □東　病院　薬剤師レジデント願書

ふりがな		※受験番号	
氏　名		写　真 申込前6ヵ月以内撮影、無帽で正面上半身、無背景とする。 大きさ タテ　ヨコ 4.5cm×3.5cm	
生年月日	年　月　日生（　歳）　男・女		
所属学会			
資　格	（認定薬剤師、その他）	年　月現在	
薬剤師レジデント志望理由			
薬剤師レジデント修了後の進路（希望）			

（記載要領）
1　必ず、研修希望病院の□にレ印をつけること。
2　当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。（※印の欄を除く）
3　黒インクを用い、数字は算用数字で記入すること。

第1希望	東・中央病院	現住所（連絡先）	〒 TEL　（　） E-mail:　@

学歴 高等学校から記入	高等学校	年　月　日入学、	年　月　日卒業
	大学薬学部	年　月　日入学、	年　月　日卒業
	大学大学院	年　月　日入学、	年　月　日卒業

研修歴・勤務歴	勤務期間	施設名	部科名
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		

薬剤師免許	登録　年　月　日　第　号		
賞　罰	1　無　・　2　有（内容）		
健康状態（既往歴）		趣味スポーツ	
扶養家族（配偶者を除く）　人	配偶者　有・無	配偶者の扶養義務　有・無	

採用後の宿舎希望　※築地・柏の両方にチェックをお願い致します。			
築地	□ 希望する（単身用）	ー世帯用宿舎無し	□ 希望しない
柏	□ 希望する（単身用）	□ 希望する（世帯用）	□ 希望しない