|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | タイ地域医療保健研修　応募用紙  地域医療 | | | 年 月 日現在 | | |
| 写真をはる位置  1縦36～40ｍｍ  2横24～30ｍｍ  本人単身胸から上 | フリガナ | |  | | | 性別 |
| （姓） | | （名） | | |  |
| 生年月日 | 年　　　 　月　 　 　日生 (満 歳) | | | | |
| フリガナ | | | | TEL |  | |
| 現住所 (〒 - ) | | | | 携帯 |  | |
| E-mail |  | |
| フリガナ | | | | 職　位 | | |
| 勤務先 | | | |  | | |
| 勤務先住所 (〒 - ) | | | | TEL |  | |
| FAX |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | | | | 専門分野（専門医など）取得した資格 |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| 年 | | | 月 | | 学　歴 |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 年 | 月 | | | 職　歴 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国際保健機関の経験 | | |
| 期　間 | 実施機関名 | 研修名・内容 |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機 (400字以上) |

※応募書類に記載された個人情報は、当会WEBサイトのプライバシーポリシーに則り取り扱います。

http://npo-gms.org/privacy.html

特定非営利活動法人グローカルメディカルサポート