

(様式1)

応募申込書

平成 年 月 日

国立研究開発法人
国立国際医療研究センター理事長 殿

所属機関

役 職

氏 名

印

国際保健医療協力研修に参加したく、関係書類を添えて申し込みます。

記

添付書類

- 1 履歴書 (様式2)
- 2 健康診断書 (様式3)
- 3 応募の理由・動機、応募に至る経緯 (様式4)

(A4版800字程度)

(様式2)

国際保健医療協力研修申し込み 履歴書

フリガナ 氏 名	印		男
			女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		(写真不要)
現住所 (e-mail)	〒 — TEL () @		
連絡先 (家族等)	氏名 本人との関係		
	住所 〒 — TEL ()		
勤務先	施設名		
	所属		
	役職		
	所在地	〒 — TEL ()	
最終学歴	昭和・平成 年 月卒/学校名		学部・学科・研究科
保健医療に関する 資格(取得年月) 及び 勤務した施設	年 月	資格名 / 施設名	

※ここに記載された氏名、住所等の個人情報はこの研修の目的以外に利用されることはありません。

語学力	現在の語学レベル	英語	語	語	(注)
	簡単な挨拶や自己紹介ができる				該当項目ひとつに○印願います
	研修現場である程度説明がわかる				資格
	専門分野の講義がほぼ理解できる				英検 TOEFL
	専門分野における討論ができる				TOEIC 級 点 点
国際保健基礎講座 ¹⁾ への参加状況					
専門分野 (業績・研究歴等含め具体的に)					
海外活動・留学歴					
国際保健医療分野での活動経験					

1) 国立国際医療研究センターが実施している講座

(様式3)

健康診断書

受診者氏名	生年月日	昭和/平成 年 月 日	性別	男・女
受診日：平成 年 月 日		血液検査		
現在治療中の疾患・内服薬 無 ・ 有 疾患名及び内服薬 ()		赤血球	× 10	/mm
		白血球		/mm
		血小板	× 10	/mm
		ヘモグロビン		g / d l
既往歴		ヘマトクリット		%
		GOT(AST)		IU / L
		GPT(ALT)		IU / L
		γ-GTP		IU / L
呼 吸 器 系		尿 検 査		
聴診： 正常 ・ 異常		糖	(-) (±) (+)	
所見 ()		蛋白	(-) (±) (+)	
		潜血	(-) (±) (+)	
		循 環 器 系		
		血 圧	／	mmHg
胸部X線直接撮影： 正常 ・ 異常		聴 診	： 正常 ・ 異常	
所見 ()		(所見)		
		不整脈	： 無 ・ 有	
		(所見)		
特記事項 ()		平成 年 月 日		
		医療機関名：		
		医師名：	印	

