

写真を貼る位置  
 1. 縦 36～40mm  
 横 24～30mm  
 2. 本人単身胸から上  
 3. 裏面にのりづけ  
 4. 裏面に氏名記入

**履歴書**

令和 年 月 日現在

ふりがな		印
氏名		
昭和 平成	年 月 日 満( 歳)	男・女
ふりがな		(自宅電話)
現住所 〒		(携帯電話)※1
E-mail @		※1
ふりがな		(連絡先電話)
連絡先 〒		(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)

※1 緊急連絡を行うことがありますので、日中連絡のとれる電話番号及びE-mailアドレスを必ず記載してください

年	月	学歴・職歴※2

※2 必ず最終学歴まで記入してください(卒業見込についても必ず付記してください)

年	月	免許・資格 (運転免許・英検・TOEICなど)

記入注意: 1. 黒又は青インクで記入のこと 2. 数字はアラビア数字を使用のこと

志望動機（具体的に）
------------

自己PR
------

趣味・特技・所属クラブなど	健康状態	
	扶養家族数(配偶者を除く) 人	
	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無

当院における 見学・実習歴 ※3	①平成・令和 年 月 日 科名：
	②平成・令和 年 月 日 科名：
	③平成・令和 年 月 日 科名：
	④平成・令和 年 月 日 科名：
	⑤平成・令和 年 月 日 科名：

※3 見学・実習の開始日(初日)および見学・実習した科をご記入ください

併願予定病院	①
	②
	③
	④
	⑤

初期臨床研修 終了後の進路	希望するものにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 出身大学の医局 <input type="checkbox"/> 当院での後期研修 <input type="checkbox"/> 大学院へ帰室 <input type="checkbox"/> 未定・その他（                      ） <input type="checkbox"/> 出身大学以外の大学（                      大学                      科）
希望後期研修科	希望するものにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 内科（                      ） <input type="checkbox"/> 外科（                      ） <input type="checkbox"/> 救急（                      ） <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
将来の希望 進路	希望するものにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> プライマリケア医又は開業医 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 病院勤務医 <input type="checkbox"/> 未定・その他（                      ） <input type="checkbox"/> 基礎研究

面接希望日※4	<input type="checkbox"/> 令和3年7月3日（土）に受験可能 <input type="checkbox"/> 予備日を希望
---------	---------------------------------------------------------------------------

※4 7月3日に受験が不可能な方は、個別に調整いたします

地域枠対象※5	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
---------	--------------------------------------------------------------

※5 指定された地域での従事要件等が課せられている、いわゆる地域枠対象の学生に該当する場合は「該当する」にチェックを入れてください