

県立二葉の里病院 初期臨床研修 履歴書 ※自筆

年 月 日 現 在

ふりがな											印		
氏名													
生年月日	西暦		年		月		日		年齢		満 歳		
住所	〒				-								
電話番号	(自宅)				-					(携帯)			
メールアドレス ※													

写真貼付

提出日前6月以内に撮影した
鮮明な写真（白黒又はカ
ラー、上半身、正面向、脱
帽）

タテ	3.5	～	4.0
		×	
ヨコ	3.0	～	3.5

※必ず記入してください。

高等学校	年 月 年 月				学校等名称（学校、学科）	修了区分
			～			

専門学校等 短大 大学 大学院	年	月	年	月	学校等名称（研究科，専攻等）	修了区分
			～			
			～			
			～			
			～			
			～			

その他の期間(職歴等)							
年 月 年 月 (退職見込を含む)					勤務先等名	職 名	職務
		～					
		～					
		～					
		～					

資格 免許	取得 年 月 日				取得 年 月 日			

扶養親族者数 (配偶者を除く)	人
--------------------	---

配偶者	有 ・ 無
-----	-------

配偶者の扶養義務	有 ・ 無
----------	-------

当院を志望する理由	

長所・短所	

趣味・特技	

得意な科目（医学専門、一般教養それぞれ）及び 研究室実習での研究課題

最近関心を持った事柄と、その事柄に対してのあなたの考えを記入してください。

地域枠等の奨学金について	<input type="checkbox"/> 奨学金を受けている（種別：_____）
	<input type="checkbox"/> 奨学金を受けていない

本人希望記入欄	

マッチング ユーザーID		受験が不可な日	____月____日
-----------------	--	---------	------------

※HP掲載の試験日のうち、受験が不可な日があれば記載ください。

本履歴書記載内容に相違ありません。
署 名 _____