

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	〒	一	～	～	～		
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、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 _____