

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	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	希望試験日 ※	優先1	優先2
		月 日	月 日

※HP掲載の試験日から、希望の日を1日、もしくは2日記入してください。

本履歴書記載内容に相違ありません。

署名 \_\_\_\_\_