社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院

履　歴　書（専攻医選考用）

年　月　日現在

ふりがな	
氏　名	
生年月日（西暦）　年　月　日（　歳）	男・女

写真貼付

4.5×3.5

ふりがな	電話
現住所　〒	
ふりがな	
連絡先（帰省先等）　〒	
E-mail（PC）	E-mail（モバイル）

年（西暦）	月	学歴・職歴（高校入学以降）

初期研修　プログラム番号	医籍登録番号
配偶者の有無	扶養家族の人数
有　・　無	人

当院との接点（全てに✔）	見学日及び見学診療科（見学実績のある方のみ）
□個別での当院見学　→	1回目：__月__日～__日間（診療科：　）
□レジナビ等の合同説明会	2回目：__月__日～__日間（診療科：　）
□当院プログラム説明会	3回目：__月__日～__日間（診療科：　）
□紹介等その他	4回目以上（診療科：　）

将来の希望専攻科		
第1希望：	第2希望：	第3希望：

当院を研修病院として希望する理由（具体的に）

これまでの具体的なキャリア（初期研修でのローテート先等）

将来のキャリアビジョン

公的資格 免許等 保有内容

取得年	資格名称	取得年	資格名称

趣味・特技・部活動	健康状態	その他特記事項
	□ 健康 □ 持病有 （　）	