

## 履 歴 書 (初期研修医 選考用)

年 月 日現在

ふりがな 氏 名			写真貼付  4.5×3.5
生年月日 (西暦) 年 月 日( 歳) 男・女			
ふりがな 現住所 〒		電話	
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)	

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✓) <input type="checkbox"/> 個別での当院見学 → <input type="checkbox"/> レジナビ等の合同説明会 <input type="checkbox"/> 当院プログラム説明会 <input type="checkbox"/> 紹介等その他		見学日及び見学診療科(見学実績のある方のみ) 年 月 日 (診療科: )  年 月 日 (診療科: )	
将来の希望専攻科(記入は必須ではありません)			
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)			
自分の強み/自己PR/課題としている点			
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(該当に✓)	その他特記事項
		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病有 ( )	
選考希望日(8月4日(土)・8月6日(月)・8月10日(金)・8月25日(土)・8月27日(月)のうち第3希望までご記入下さい)			
第1希望:		第2希望:	第3希望: