履歴書

西暦　　　　　年　　　月　　　日現在

写真貼付

縦４㎝×横３㎝

直近６ヶ月以内のもの

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 | 印　　　 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　　歳）　　　　　　　男　・　女　 |
| 現住所 | 〒　　　　　-　　　 | 携帯　 ：Ｅｍail : |
| 本籍地 | 〒　　　　　-　　　 |
| 帰省先 | 〒　　　　　-　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | ＜学歴・職歴（高等学校卒業以降）＞ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | ＜免許・資格関係＞ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 当院受験の理由 |  |
| 将来の医師像 |  |
|  |
| 自覚している性格（長所・短所など） |  |
| 学生時代の活動等 |  |
| 趣味・関心のある事 |  |
| 健康状態 |  |
| 家族構成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 扶養家族（配偶者を除く）　　　人　　　　・　　　配偶者の扶養家族　有　・　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 地域枠等の従事要件義務年限の有無 | □ 従事要件等なし□ 有り（☑有りの場合は詳細を記入） |

以上、相違ありません

【送信先】FAX 024-521-1979　又は　E-mail：igakusei@watari-hp.jp

医療生協わたり病院　医師臨床研修係　まで