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