

# 履歴書

西暦 年 月 日現在

写真貼付  
縦4cm×横3cm  
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<br>の理由 |  |
|-------------|--|

|            |  |
|------------|--|
| 将来の<br>医師像 |  |
|------------|--|

|                                 |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 自覚している<br>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<br>義務年限の有無 | <input type="checkbox"/> 従事要件等なし<br><input type="checkbox"/> 有り ( <input checked="" type="checkbox"/> 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](mailto:igakusei@watari-hp.jp)  
医療生協わたり病院 医師臨床研修係 まで

*FMC Watari Hospital*