|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履　歴　書 | | 2021 | | 年 | |  | | 月 |  | 日現在 | | | 写真を貼る位置    写真を貼る必要がある場合  1.縦 36～40mm  　横 24～30mm  2.本人単身胸から上  3.裏面のりづけ | |  | 島田市立総合医療センター　提出用 | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | | | | | | | | | **性別** | | |  |  | 配偶者：有・無 | | | 配偶者の扶養義務：　有・無 | | | | | | 配偶者を除く扶養家族　　人 | |
| **氏 名** |  | | | | | | | | | 男・女 | | |  |  | 実家現住所（〒　　　－　　　　）　　　電話：　　　―　　　　― | | | | | | | | | | |
|  |  |
| **生年月日** |  | 年 |  | | 月 | |  | 日（満 | |  | | 歳） |  |  | 構成(本人除く) | 家族氏名 | | | | 続柄 | 年齢 | | 勤務先・学校学年 | | 同/別居 |
| **現住所**（〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | 電話： | | |  |  |  | | | |  |  | |  | | 同・別 |
| ふりがな | | | | | | | | | | | | 携帯： | | |  |  |  | | | |  |  | |  | | 同・別 |
|  | | | | | | | | | | | | E-mail | | |  |  |  | | | |  |  | |  | | 同・別 |
|  | | |  |  |  | | | |  |  | |  | | 同・別 |
| **学　校　名**(中学校から) | | | **学部名** | | | | | **学科名** | | | **在学期間** | | | **区　分** |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | 同・別 |
| 現在（最終） | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  | **医学生修学資金利用の有無** ※ をつける | | | | | | | 無　or　有／島田市・静岡県・その他(　　　　　　　) | | | |
|  | | | 年　　月 | | |  |  | **自己PR、趣味、特技、部活動など** | | | | | | | | | | |
| その前 | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | 年　　月 | | |  |  |
| その前 | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  |
|  | | | 年　　月 | | |  |  |
| その前 | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  | **医師を志した理由、動機など** | | | | | | | | | | |
|  | | | 年　　月 | | |  |  |  | | | | | | | | | | |
| その前 | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  |
|  | | | 年　　月 | | |  |  |
| その前 | | |  | | | | |  | | | 年　　月 ～ | | | 卒・卒見込・退 |  |  |
|  | | | 年　　月 | | |  |  |
| **勤務先**(※在学期間中除く) | | | **所在地** | | | | | | | | **在職期間** | | | **退職理由** |  | **研修後の展望**（専攻やどのような医療に携わりたいかなど） | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | 年　　月 ～ | | |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月 | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | | | 年　　月 ～ | | |  |  |  |
| 年　　月 | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | | | 年　　月 ～ | | |  |  |  |
| 年　　月 | | |  |  | **当院への質問事項記入欄**（特に待遇・職種・勤務時間・その他についての希望でも可） | | | | | | | | | | |
| **年** | **月** | | **資　格　・　免　許** | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  |  |