|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 24～30mm2.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** |  |  |  |
|  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |