

研修医履歴書

令和 年 月 日現在

| | | | | |
|----------------------------------|------------------|----------------|---------------|------------|
| ふりがな | | 顔写真 (4×4cm) | | |
| 氏名 | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生(満才) | | | |
| ふりがな | | (様方) | | |
| 現住所 (〒 -) | | | | |
| 電話番号: _____ | | | | |
| 携帯電話: _____ E-mailアドレス: _____ | | | | |
| ふりがな | | (様方) | | |
| 帰省時連絡先 (〒 -) | | | | |
| 帰省先連絡人氏名 () 電話番号: _____ | | | | |
| 本人との続柄 () | | | | |
| | 年 | 月 | 学 校・学 部・学 科 名 | ○で囲む |
| 学 歴 | | | | 卒業 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| | | | | 入学・卒業・卒業見込 |
| ※高等学校卒業以上、最終学歴まで記入のこと。 | | | | |
| 免 許 資 格 | 年 | 月 | 資 格 ・ 免 許 名 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(氏 名)

| | | | | | |
|-------------|---|---|---|--|--|
| 職 | 年 | 月 | | | |
| | | | | | |
| 歴 | | | | | |
| | | | | | |
| 賞 | 年 | 月 | | | |
| | | | | | |
| 罰 | | | | | |
| | | | | | |
| 地域枠に関して | | | 以下の質問に、該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 私は、地域枠者（自治体等による地域医療医師奨学金受給者）です。 （奨学金制度の名称： _____ ） <input type="checkbox"/> 私は、地域枠者ではありません。 ※地域枠者以外の者で、卒後の従事要件等が課せられていない者。 | | |
| 他病院での臨床研修経験 | | | あり（期間： 年 月 日～ 年 月 日まで）・なし | | |
| 趣 味 | | | | | |

(2021.6月版)

(氏 名)

岩手県立磐井病院への臨床研修応募の理由・また将来医師としての展望