

病 院 名	秋田厚生医療センター
-------	------------

病院使用欄	
-------	--

(西暦) 年 月 日 記入

履 歴 書	
ふりがな	男 女
氏 名	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
本 籍	都・道・府・県 区・市・町・村
現 住 所	TEL () -
	携帯 - -
帰省中等の連絡先	TEL () -
	区分 自宅・実家・その他()
メールアドレス	

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm
※写真の裏に、氏名・生
年月日を記入の上、糊付
けしてください。

年(西暦)	月	学 歴・職 歴	在籍年数
年	月	高等学校 科 卒業	年
年	月		年
年	月		年
年	月		年
年	月		年
年	月		年
年	月		年
免許・資格・賞罰		資格取得年月	備 考
		年 月 取得・取得見込	
		年 月 取得・取得見込	
		年 月 取得・取得見込	
現在貸与中の 医師修学資金/奨学金		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 名称 ()	
希望選考日		マッチング登録 ID番号	
併願先	(1)		
	(2)		
	(3)		

志 望 動 機				
初期研修修了後の希望進路				
希望専攻科				
第一希望		第二希望		第三希望
趣味・特技、得意なスポーツ等			大学での部活動等	
好きな分野			健康状態(既往歴含む)	
家 族 構 成	氏名	続柄	年齢	職業(勤務先)等

(注)
 ※ この履歴書・身上書は当院の採用試験以外の目的では使用しません。
 ※ 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取消しすることがあります。
 ※ 用紙は、A3印刷かA3拡大コピー後に記載をお願いします。