

令和5年度 苫小牧市任期付臨床研修医採用候補者履歴書

令和 年 月 日現在

フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性 別	男・女
		年 齢	歳		身体障害 者手帳の 交付	有・無
		学籍番号				
現住所	〒 ー				(写真) (1) 4cm 3.5cm (2) 提出日前6箇月以内に撮影した脱帽 正面向き、上半身のもの(眼鏡 使用者は、眼鏡をした写真とする)	
緊急時の 連絡先 (現住所 以外)	〒 ー (続柄 氏名) (電話 ー ー)					
学 歴 (高校から最終学校まで(転校を含む)順に記入すること。)						
学 校 名	学 部 科	所 在 地	在学期間(年月日)		卒業等の別	
			・ ・ まで		卒業	
			・ ・ から ・ ・ まで		卒業 卒業見込 中退・在学・転校	
			・ ・ から ・ ・ まで		卒業 卒業見込 中退・在学・転校	
			・ ・ から ・ ・ まで		卒業 卒業見込 中退・在学・転校	
			・ ・ から ・ ・ まで		卒業 卒業見込 中退・在学・転校	
			・ ・ から ・ ・ まで		卒業 卒業見込 中退・在学・転校	
職 歴 (自家営業を含む。なお、欄が不足のときは、別紙に記載し、本書に添付すること。)						
勤 務 先			採用年月日		退職年月日	
			・ ・		・ ・	
			・ ・		・ ・	
			・ ・		・ ・	
資格・免許	資格・免許の種類	資格取得年月日	資格・免許番号			
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				

【裏面も記入願います】※この様式をHPからダウンロードした場合には、両面印刷してご使用ください。

当院志望の動機			
興味のある診療科、 専門分野			
現在の健康状態			
特 技			
地 域 枠 (地域枠制度を利用している場合は、右記に○をつけてください。)		・ 北海道医師養成確保修学資金 (北 海 道)	
		・ 北 海 道 医 療 枠 (札 幌 医 科 大 学)	
		・ 地 域 枠 (札 幌 医 科 大 学)	
		・ A O 入 試 北 海 道 選 抜 (旭 川 医 科 大 学)	
		・ 推薦入試道北・道東特別選抜 (旭 川 医 科 大 学)	
		・ 2 年 次 編 入 学 (旭 川 医 科 大 学)	
		・ その他 (名称:)	
・ 特になし			
賞 罰	内 容	年 月 日	備 考
この用紙両面に記載した事項は、事実と相違ありません。(自筆で署名願います。)			
令和 年 月 日 氏 名			
(記載上の注意事項)			
1 記入事項がない欄は斜線を引いてください。			
2 事実と異なる記載があるときは、採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても免職されることがあります。			