

福岡市民病院 臨床研修医採用試験申込書 (履歴書)

受験番号 <small>※記入しないでください。</small>	No. _____					
区 分	臨床研修医			<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">写真貼付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申込前6月以内に撮影した上半身・正面脱帽のもの ・縦4cm×横3cm ・裏面に氏名を記入して、のり付けしてください。 <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(年 月撮影)</p> </div>		
フリガナ	_____					
氏 名	_____	性別	男 ・ 女			
生年月日	昭和 平成	年	月			日
現住所	(〒 -) _____					
電話番号	()	-	携帯電話	-	-	
E-mail	_____ @ _____					
その他の送付先	(〒 -) _____ 電話番号 () - _____					
学 歴	修学期間	年 月 ~ 年 月	学 校 名	学部・学科・専攻	修学区分 <small>※いずれかの□に×印をつけてください。</small>	
		年 月 ~ 年 月	高等学校		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
		年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
		年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
		年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
		年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
職 歴	期 間	年 月 日	勤 務 先	事業内容	従事業務	備考
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
併 願 予 定	①	_____		②	_____	
	③	_____		④	_____	
地域 枠	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 指定された地域で従事要件が課せられている地域枠対象の学生に該当する場合は、「該当する」に☑をお願いします。					

志望動機

--	--

免許・資格	免許・資格名	取得年月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

学生生活について	医学部を選んだ理由	
	得意科目・学科	クラブ・サークルなど(役員等の経験があれば併せて記入)

趣味・特技など	性格について(長所・短所など)

今までの最も力を入れて取り組んできた事

自己PR