

受験番号： \_\_\_\_\_

# 履 歴 書

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在

職 種	新専門医制度 専攻医	試験日	
-----	------------	-----	--

証明写真貼付  
**3cm × 4cm**

※裏面に氏名と  
生年月日を記入  
※3カ月以内に  
撮影のもの

ふりがな				男 ・ 女			
氏 名							
生年月日	19	(S・H)	)年	月	日	満	歳

ふりがな						
現住所	〒 _____					
連絡先	電話番号	電 話	( )	携 帯	( )	
	E-mail					
緊急時の 連絡先 (本人以外)	住所	〒 _____				電話
	氏名					本人との関係

注：1) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと  
2) 該当事項を○で囲むこと

学 歴	在 籍 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

注：学歴については高校から記入

職 歴	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
		年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

注：初期研修病院含む。

初期臨床研修の内容については《別紙》に記入のこと

広島赤十字・原爆病院

資格・免許・検定等	取得（見込）年月日	資格・免許・検定・その他 名称	免許番号
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

志望理由	
将来希望する進路	
特技・趣味	
自覚する性格	《長所・特徴》
	《短所》
健康状態（既往症）	

<p>初期臨床研修 病院</p>			
<p>初期臨床研修の内容</p>	<p>期 間</p>	<p>診療科（他院で研修の場合は病院名等）</p>	
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>年 月 ～ 月</p>		
	<p>自己 PR (自由記載)</p> <p>初期臨床研修で特に力を入れていること、学会発表・論文のテーマ など</p>		