

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				
氏 名				
生年月日	西暦 (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	〒 -		
	氏名	電話 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	

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	

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

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		

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>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たこと、学会発表・論文のテーマ など</p>		