

履 歴 書

年 月 日 現在

写真貼付箇所
縦 4cm×横 3cm
本人単身
胸から上

ふりがな			性別
氏 名			
生年月日	年	月	日生 (満 歳)
ふりがな	〒		
現住所			
電 話	(自宅)	(携帯)	
E-mail			
受験票の 郵送先	〒	電話	
緊急時の 連絡先	〒	電話	
	(呼出名 受験者本人との関係)		

年号・年・月	年号・年・月	学 歴 ・ 職 歴 (学歴は中学校卒業から記入してください)
・ ・	～	・ ・
・ ・	～	・ ・
・ ・	～	・ ・
・ ・	～	・ ・
・ ・	～	・ ・
・ ・	～	・ ・

※ 学歴・職歴が書ききれない場合は、別紙に記載のうえ添付してください。

初期臨床研修修了後の希望 (診療科や勤務地・勤務先などをできるだけ具体的に記載)

学業にどのように向き合ってきたのかを記載ください
(特に大学における取り組みを記載)

学業以外で力を注いできたことについて記載ください

(特に積極性や責任感・リーダーシップを発揮できた実績について記載)

どのような医師になりたいと考えているかについて記載ください

(自分自身の個性や能力が希望する医師像にどう繋がるのかを分かりやすく記載)

川崎病院を臨床研修先に選んだ理由について記載ください

(臨床研修に対する一般的な熱意ではなく、川崎病院の研修を希望する具体的な理由を記載)

わたしたちに伝えたいと思う自分自身の個性について記載ください

(これからの医師としての歩みにどう関連するかについても記載)

(氏名 :)