履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

写真をはる位置

1．縦　36～40㎜
　横　24～30㎜
2．本人単身胸から上
3．裏面のりづけ

ふりがな	
氏　　名（戸籍に記載されているもの）	
西暦　　年　　月　　日生（　　歳）	性別 ※ 男 ・ 女

ふりがな	連絡先
現 住 所　〒	（自宅） （携帯） (E-mail)
ふりがな	※受験票・試験結果等の送付先
現住所以外 〒　（現住所以外に連絡を必要とする場合に記載） の連絡先 （電話）	現住所　・　現住所以外の連絡先

（西暦）　年	月	学歴・職歴（それぞれまとめて記載） ※学歴は高等学校から記載。在学中の場合は卒業見込まで記載。職歴は病院病床数及び診療科名、退職見込まで記載。
※賞　罰		なし　・　あり　（　　）

（西暦）　年	月	資格・免許　※看護師・保健師・助産師は取得見込も記載

記載上の注意　1．鉛筆以外の黒または青の筆記具で記載。　2．数字はアラビア文字で，文字はくずさずに正確に書く。　※印の箇所は，該当するものを○で囲む。

ふりがな
氏　　名

志望の動機は何ですか

あなたは、周りの方からどんな人だと思われていますか

学生時代（職務経験上）、一番辛かったこと・嫌だったことをどのように乗り越えましたか

志望する診療科及びその理由を書いてください		
1.	2.	3.

健康状況及び身長・体重	身　長	cm	体　重	kg
	視　力	右：裸眼 （矯正）（　　）	左：裸眼 （矯正）（　　）	
	自覚症状	※健康状態で気になることがありますか　　あり　・　なし 「あり」と答えた人は具体的に記入してください（複数選択可） （□アレルギー症状　　□腰痛 （□その他：　　）		
※進学・他病院等の併願がありますか		あり　・　なし		
		「あり」の場合　進学の合格発表日（　　）・就職の合格発表日（　　）		
※宿舎の入居希望がありますか（女性のみ）		あり　・　なし		

扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
人	※　有　・　無	※　有　・　無

ふりがな
氏　　名

（西暦）　年	月	学　歴　・　職　歴（それぞれまとめて記載）