# 府中病院　初期臨床研修希望者履歴書

| マッチング登録ID番号<br>※病院記入欄 | |
|---|---|

平成　　年　　月　　日現在

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | ※ 男 ・ 女<br>㊞ | 写真貼付<br>縦36～40mm<br>横24～30mm<br>（上半身脱帽） |
| 生年月日　西暦　　年　　月　　日生　（ 満　　歳 ） | | |
| ふりがな<br>現 住 所<br>〒 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 連絡先 | 固定電話 ：　　－　　－ | 携帯電話 ：　　－　　－ |
| E-mail: | @ | |
| | @ | |

| | |
|---|---|
| 緊急連絡先 （ ※ご本人様が不在時に連絡可能な連絡先・住所を記入 ）<br>氏 名　　（本人との続柄　　）<br>住 所<br>連絡先　　－　　－　　（　　方呼出） | ご出身地（都道府県名） |

| 年（西暦） | 月 | 学歴 ・ 職歴 （ 中学卒業時からご記入下さい ） |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

【 志望動機 】 当院を志望された動機・理由についてご記入下さい。

【 見学 ・ 実習感想 】 当院に見学に来られた方は見学後の感想を率直にお書きください（印象に残った点や気になった点など）

【 大学での部活 ・ サークル活動 】

【 趣味 ・ スポーツなど 】

【 免許 ・ 資格 】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 年　月 | | 年　月 | |
| 年　月 | | 年　月 | |

| | | |
|---|---|---|
| 【 扶養家族数 】配偶者を除く　人 | 【 配偶者 】 ※　有 ・ 無 | 【 配偶者の扶養義務 】 ※ 有 ・ 無 |

【 特記事項 ・ その他 】

＜ 試験実施希望日 ＞

※募集要項に記載の試験実施日の中からご希望の日程をお選び下さい。
※お時間に関しましては定員調整の関係でご希望時間帯に添えない場合もございます。　　ご理解下さいますようお願い申し上げます。

| | | |
|---|---|---|
| 第一希望 ： | 月　日　（　） | ◆　時　～　時 の間 ／ 時間指定無し |
| 第二希望 ： | 月　日　（　） | ◆　時　～　時 の間 ／ 時間指定無し |

【取扱について】
1. 履歴書及び個人票の内容は当院における臨床研修医採用及び人事管理に関すること以外には使用致しません。
2. マッチングシステムでアンマッチになった場合でも、履歴書等の書類の返却は行っておりません。

【記入上の注意】
1. 鉛筆以外の青または黒の筆記用具で記入。
2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
3. ※印のところは該当するものを○で囲む。
4. E－mailアドレスは英字・数字の区別が付くように記入する。

府中病院　臨床研修室事務局