

履 歴 書

西暦 年 月 撮影

写真貼付

タテ5cm
ヨコ4cm

ふりがな 氏 名		
生年月日	西暦 年 月 日生 男 ・ 女	

ふりがな 現住所	〒 — MAIL: TEL () 携帯電話 ()
-------------	--------------------------------------

緊急 連絡先	住所 〒 — 氏名 続柄 () TEL () 携帯電話 ()
-----------	---

学 歴	学 校 名	入 学 ・ 卒 業 (修 了) 年 次
	高等学校	年 月 入学 年 月 卒業
	大学(教養課程)	年 月 入学 年 月 卒業・修了
	大学 医学部	年 月 入学 年 月 卒業・(見込)
	大学 大学院 医療系研究科 系 年	年 月 入学 年 月 卒業・(見込)

免 許	医籍登録年月日および番号	国 家 試 験
	年 月 日 第 号	第 号 回合格

臨床研修プログラム名・番号	
---------------	--

志望診療科	
-------	--

賞 罰	
--------	--

オモテ

<見本>

履 歴 書

西暦2020年11月撮影

写真貼付

タテ5cm
ヨコ4cm

ふりがな 氏名	きたさと たろう 北里 太郎	
生年月日	西暦 1993 年 1 月 1 日生 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
ふりがな 現住所	〒 252 - 0375 かながわけんさがみはらしみなみきたさと 神奈川県相模原市南区北里1-15-1 MAIL:tarou@kitasato-u.ac.jp TEL 042 (778) 8111 携帯電話 ()	
緊急 連絡先	住所 〒 108 - 8642 東京都港区白金5丁目9-1 氏名 北里 和夫 続柄 (父) TEL 03 (3444) 6161 携帯電話 ()	
学 歴	学 校 名	入 学 ・ 卒 業 (修 了) 年 次
	○○ 高等学校	2009 年 4 月 入学 2012 年 3 月 卒業
	大学(教養課程)	年 月 入学 年 月 卒業・修了
	×× 大学 医学部	2012 年 4 月 入学 2018 年 3 月 卒業・(見込)
	医療系研究科 系 年	年 月 入学 年 月 卒業・(見込)
免 許	医籍登録年月日および番号	国 家 試 験
	2018 年 4 月 30 日 第 123456 号	第 103 回合格
臨床研修プログラム名・番号	○○病院臨床研修プログラム・ 123456789	
志望診療科	○○内科	
賞 罰		

正確に記入して下さい。

ウラ

臨床研修歴・勤務歴	診療科・身分	施設名(正式名称)	在職期間
	〇〇内科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2018・4 ~ 2018・5
	△△内科・研修医	同上	年月 年月 2018・6 ~ 2018・7
	××内科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2018・8 ~ 2018・9
	外科・研修医	同上	年月 年月 2018・10 ~ 2018・12
	麻酔科・研修医	同上	年月 年月 2018・1 ~ 2018・2
	救急科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2018・3 ~ 2018・3
	精神科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2019・4 ~ 2019・5
	産婦人科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2019・6 ~ 2019・7
	小児科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2019・8 ~ 2019・9
	地域保健医療研修・研修医	〇〇保健所	年月 年月 2019・10 ~ 2019・12
	□□科・研修医	〇〇病院	年月 年月 2020・1 ~ 2020・3
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・
			年月 年月 ・ ~ ・

北里大学病院採用予定直前の年月を記入して下さい。

