

# 履 歴 書

年 月 日 現在

ふりがな	男・女	本籍地
	印	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)

写真を貼る位置  
縦 36～40mm  
横 24～30mm  
本人単身胸から上  
裏面のり付け

ふりがな	
〒 現住所	
電話番号(携帯電話可)	
e-mail	
ふりがな	
〒 連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)
	方
電話番号(携帯電話可)	

年号	年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて記入)

年号	年	月	免 許 ・ 資 格

家 族 構 成 欄	氏 名	フリガナ	続柄	生年月日
				年 月 日 (満 歳)
				年 月 日 (満 歳)
				年 月 日 (満 歳)
				年 月 日 (満 歳)

# 自己紹介欄

ふりがな  
氏名

---

医師を希望する動機

医学生として特に印象に残った経験

当院での研修を希望する理由

自己PR（趣味、特技など）

将来専門としたい診療科（複数回答可）

内科 外科 整形外科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科 放射線科  
循環器内科（六甲アイランド甲南病院）  
リウマチ膠原病内科（甲南加古川病院） 整形外科（甲南加古川病院）