

履 歴 書 (高槻病院)		年 月 日 現在	4 × 3cm 6ヶ月以内の写真を 貼付すること。
ふりがな 氏 名		性 別	
		男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (才)	
携帯	()	Email アドレス	
書 類 送 付 先 に ○ 印	ふりがな 現住所 〒		
	○		
	ふりがな 帰省先等の連絡先 〒		帰省先等の電話番号
	○		()

年号	年	月	学歴・職歴 (高校卒業後の学歴・職歴については間断なく正確に記入してください。)
			高等学校卒業

○以下の確認事項について該当にマルを記入してください。

1) 地域枠対象の学生 () である。 () でない。

2) 医学修学資金の貸与 () 契約している。 () 契約していない。

※但し、初期研修の2年間に関わる契約条件について問う。

年号	年	月	免 許 ・ 資 格

スポーツ・クラブ活動・文化活動など		
趣味・特技		
自覚している性格		
当院を希望する理由・動機		
将来希望する進路 大学医局への入局希望： 未定 無 有 () 大学		
当院の存在を知った理由		当院での実習・見学の経験
・先輩、友人 ・ホームページ ・ガイドブック ・臨床研修病院セミナー その他 ()		有 () 科) 無