専　攻　医　履　歴　書（高槻病院）　　年　　月　　日現在

ふりがな	性　別
氏　名	男　・　女
生年月日　昭和 平成　　年　　月　　日生　（　　才）	
自宅　（　　）　携帯　（　　）	

4×3cm

6ヶ月以内の写真を貼付すること。

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　〒

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。）

年号	年	月	免　許　・　資　格
			医師免許：医籍登録番号（　　）

※専攻医として勤務するにあたり、以下の事項について該当する場合は〇をしてください。
1）地域枠対象の医師である。
2）医学修学資金貸与の契約をしている。（勤務地・勤務年数の制限の有　・無）

秘

初期研修病院名　　（基幹型・協力型）

診療科	週間or月	担当症例数・経験した主疾患

経験した手術・手技

全麻手術　　件、腰麻手術　　件、
その他　経験した主な手技

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・得意なこと

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

＊履歴書については個人情報を厳守し、選考試験後返却は致しません。