履 歴 書【千船病院】

年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名		男・女 印
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）	
携帯電話	E-mail	

写真を貼る位置

6ヶ月以内の写真を貼付すること

4 × 3cm

書類送付先に☑印		
	ふりがな 現住所　〒 □	
	ふりがな 帰省先　〒　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） □	（帰省先の電話番号）

年	月	学歴・職歴(各別にまとめて書く)
年	月	免 許・資 格

ご記入いただきました個人情報に関しましては、面接試験以外の目的では使用致しません。

将来の進路希望科を記入下さい。複数の診療科でも可。未定ならば未定の欄に〇を付けて下さい。

①　　科	②　　科	③　　科	④　　科	未定

当院以外の併願予定先

①	④
②	⑤
③	⑥

スポーツ・クラブ活動・文化活動など
アルバイトまたはボランティアの経験

趣味	特技

長所・短所
学生（社会）活動で得たものは何ですか。また、一番打ち込んだことは何ですか。
当院を志望する理由・動機
自己PR

確認事項	地域枠対象の学生ですか。 □ はい　□ いいえ	配偶者　□有　□無	扶養の義務　□有　□無

あなたの健康状態について

①現在、病気やけがで医師の治療や指導を受けていますか。 （ある　病名　　）・（ない）	④今までに大きな病気をされたことがありますか。 （ある　病名　　いつ頃　　）・（ない）
②今までに入院をされた事がありますか。 （ある　病名　　いつ頃　　）・（ない）	⑤最近、健康診断などで精密検査の指導を受けたことがありますか。 （ある　内容　　いつ頃　　）・（ない）
③身体の障害または、慢性の病気はありませんか。 （ある　病名　　いつ頃　　）・（ない）	⑥その他健康状態について、異常を感じることがありますか。 （ある　内容　　いつ頃　　）・（ない）