

## 江東病院 病院見学 履歴書

令和 年 月 日 現在

ふりがな 氏名		大学名	大学	年
			<input type="checkbox"/> 既卒	

## 【写真添付欄】

カラー  
縦 4cm×横 3cm  
背景無地  
脱帽正面像  
3ヶ月以内撮影  
写真裏面氏名記入

生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------	---	---	---	---	---	----	---

配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の扶養義務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養家族（除配偶者）	人
-----	---	----------	---	------------	---

現住所	〒	—	都道 府県	市区 郡	都道府県	市区 郡
					帰省先 (実家等)	

携帯電話	—	—	固定電話	—	—
------	---	---	------	---	---

メール アドレス		@	
※必ず連絡のつくPCメールアドレスをご記入ください			

興味のある 診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> その他（			）

学 歴 ・ 職 歴		
入学・入社	卒業・退社	学校名・社名等
年 月	年 月	
年 月	年 月	
年 月	年 月	
年 月	年 月	
年 月	年 月	

免許・資格等		
年 月		年 月
年 月		年 月
年 月		年 月

病院見学希望理由	自己PR

その他自由記入欄（「学歴・職歴」や「免許・資格等」等履歴書すべての項目における補足や備考等はここに記入してください）

--

## ※記入上の注意

- ①鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入すること（「消えるボールペン」では記入しないこと）。
- ②日付は和暦で記入すること。
- ③「興味のある診療科」は複数選択可。記載のない診療科は「その他」に記入すること。