履　歴　書

ふりがな		性 別	写真 4.5×3.5
氏　名		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（ 満　　歳 ）		
電話番号	携帯	自宅	
住　所	〒		
E-mail			

緊急連絡先（連絡がとれない場合の第2連絡先）

続柄（　　）

（平成／令和）	学歴・職歴（高校卒業時より記入）
年　月	高等学校卒業
年　月	
年　月	
年　月	
年　月	

当院を志望する動機

自己PR（スポーツ・クラブ活動・趣味・特技・得意な科目・性格・その他内容は何でも構いません）

現時点での志望科カッコ内に○印を記入してください。

内　科	（　　）	小 児 科	（　　）
外　科	（　　）	麻　　酔	（　　）
産婦人科	（　　）	そ の 他	（　　）

その志望科を選んだ理由

病院見学・臨床実習 病院説明会（ﾚｼﾞﾅﾋﾞ等）	あり （平成・令和　年　月頃　年次の時）				なし
受験希望日	①　月　日	②　月　日	マッチングID		
広域連携プログラムの併願	希望する	希望しない			

地域医療機構九州病院　総務企画課