

(様式2)

| 履 歴 書                                     |       | 受験番号                | 写真貼付欄  |             |       |
|---|-------|---------------------|--|-------------|-------|
|   |       | 職 種                 | 縦36～40mm<br>横24～36mm<br>本人正面単身脱帽の<br>胸から上の写真<br>写真の裏面に氏名を記<br>入<br>3ヵ月以内に撮影の写<br>真 |             |       |
|   |       | 医 師<br>(シニアレジデント)   |  |             |       |
| 氏 名 (フリガナ)                                |       | 撮影日                 |  | 平成 年 月 日    |       |
| 生年月日                                      |       |                     |  |             |       |
| 昭和 年 月 日 ( 歳)                             |       |                     |  |             |       |
| 本 籍                                       |       |                     |  |             |       |
| 住 所 〒                                     |       |                     |  |             |       |
| 電話 ( )<br>E-mail<br>(携帯電話のメールアドレスは不可とします) |       |                     |  |             |       |
| 連絡先 〒 (住所以外を希望する場合に記入)                    |       |                     |  |             |       |
| 電話 ( )                                    |       |                     |  |             |       |
| 学 歴 (中学校から最終学歴(卒業見込みを含む。))まで、所在地は市町村まで記入) |       |                     |  |             |       |
| 学 校 名                                     | 学部学科名 | 所 在 地               | 修 学 期 間  | 修 学 区 分     |       |
| 中学校                                       |       |                     | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月  | 卒業・卒業見込み・中退 |       |
|   |       |                     | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月  | 卒業・卒業見込み・中退 |       |
|   |       |                     | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月  | 卒業・卒業見込み・中退 |       |
|   |       |                     | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月  | 卒業・卒業見込み・中退 |       |
|   |       |                     | S<br>H 年 月 ~ S<br>H 年 月  | 卒業・卒業見込み・中退 |       |
| 職 歴 就職したことがない (現在までを記入(自家営業を含む))          |       |                     |  |             |       |
| 勤務先                                       | 所在地   | 在 職 期 間             |  | 職務内容        | 退職の理由 |
|   |       | 年 月 ~ 年 月           | 在職年数   |             |       |
|   |       | S<br>H . ~ S<br>H . | 年 月  |             |       |
|   |       | S<br>H . ~ S<br>H . | 年 月  |             |       |
|   |       | S<br>H . ~ S<br>H . | 年 月  |             |       |
| 賞 罰 ある ない (ある場合はその内容を記入)                  |       |                     |  |             |       |

| クラブ(サークル)活動歴                              |   |                     | 得意学科        |           |      |
|---|---|---------------------|-------------|-----------|------|
| 区 分                                       | 名 称   | ポ ジ シ ョ ン           |             |           |      |
| 中学校                                       |   |                     | 特 技         |           |      |
| 高校  |   |                     |             |           |      |
| 短大・大学                                     |   |                     | 趣味・娯楽・スポーツ  |           |      |
| 社会人                                       |   |                     |             |           |      |
| 家族状況(家族全員を記入)                             |   |                     |             |           |      |
| あなたとの<br>続 柄                              | 氏 名   | 年 齢                 | 同居・別居<br>の別 | 職 業・勤 務 先 | 健康状態 |
|   |   |                     |             |           |      |
| 免許・資格                                     |   |                     |             |           |      |
| 取得年月日                                     | 名 称   | 資 格 免 許 等 の 取 扱 機 関 |             |           |      |
|   |   |                     |             |           |      |
|   |   |                     |             |           |      |
|   |   |                     |             |           |      |
|   |   |                     |             |           |      |
| あなたは次の者に該当しますか。                           |   |                     |             |           |      |
| 1   | 成人被後見人又は被補佐人                                    |                     | する          |           | しない  |
| 2   | 禁固以上の刑に処せられ、その執行を行うまで<br>またはその執行を受けることがなくなるまでの者 |                     | する          |           | しない  |
| 上記とおり相違ありません。                             |   |                     |             |           |      |
| 平成            年            月            日 |   |                     |             |           |      |
| 氏 名                                       |   |                     |             |           |      |

本人が自筆でご記入ください。  
鉛筆以外の黒の筆記用具で記入

財団法人老年病研究所附属病院