星ケ丘厚生年金病院　初期臨床研修医
選考申込書兼履歴書

年　　月　　日現在

写真を貼る位置

縦4cm×横3cmの
写真を使用
してください。

ふりがな	
氏　名	印
年　　月　　日生（満　　歳）	男・女

ふりがな	TEL
現 住 所　〒	
	携帯TEL
ふりがな	TEL
連 絡 先　〒　（現住所以外に連絡先を希望する場合のみ記入）	
	E-mail

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

年	月	免許・資格

得意な学科	趣味・特技	
スポーツ/文化活動などの体験から得たもの	将来の志望診療科	
	扶養家族数（配偶者を除く）	
	人	
	配偶者	配偶者の扶養義務
	有 ・ 無	有 ・ 無
他の施設への併願の有無		
有 ・ 無 （併願している場合、本院希望順位　　位）		

志望理由・自己PRなど

添付書類

出身大学医学部長の推薦状

在学中の成績証明書

健康調査書（本院様式によるもの）