

履 歴 書

受験番号 * 当院記入欄	
-----------------	--

記入日 (西暦) 年 月 日

ふりがな	
氏 名	印
昭和 年 月 日生 (満 歳) ※ 男 ・ 女 平成	

写真貼付

出願3ヶ月以内に撮影した脱帽
正面向・上半身
のもの
縦:4cm、横3cm

ふりがな		
現住所 (〒 -)		
携帯電話	自宅	E-mail

ふりがな	
現住所以外の連絡希望する場合は記入して下さい。 (〒 -)	
(tel)	

年	月	学 歴 (高等学校卒業から記入のこと)

年	月	職 歴 (該当がない場合は必ず「なし」と記入のこと)

年	月	賞 罰 (該当がない場合は必ず「なし」と記入のこと)

☐ 一般枠	※医学部入学が一般枠か地域枠か どちらかに☑を付けてください。
☐ 地域枠	

【記入上注意】 1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記用具で記入 2. 数字はアラビア数字でくずさず正確に記入
3. ※印のところは○で囲む 4. E-mail欄は、すぐ確認が出来るアドレスを記入
5. こちらの書類は、返却しません

年	月	免許・資格(TOEIC・英検等)・留学経験

当院を志望した理由		
医師を職業に選んだ理由		
クラブ活動・ボランティア活動など		
今までで最も打ち込んだことを記入して下さい		
自覚している性格	長 所	
	短 所	
健康状態(既往歴及び現在治療中の病気があれば記入してください)		配偶者 有 ・ 無
趣味・スポーツ		受験者が扶養している(又は扶養する予定の)家族 人
その他特記すべき事項		