

履 歴 書

受験番号
* 当院記入欄

記入日 (西暦) 年 月 日

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		
氏 名		印
西暦 年 月 日生 (満 歳) ※ 男 ・ 女		
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(西暦)	月	学 歴 (高等学校卒業から記入のこと)
年(西暦)	月	職 歴 (該当がない場合は必ず「なし」と記入のこと)
年(西暦)	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
☐ 地域枠 どちらかに☑を付けてください。

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

年(西暦)	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		