

地方独立行政法人明石市立市民病院 医師修学等資金申請者 履歴書

写 真

- ・ 申込前6カ月以内に撮影したもの
- ・ 上半身、正面向
- ・ 縦4.0×横3.0cm

ふりがな 氏名		性別	受験番号
		男・女	※
生年月日	年 月 日 (令和6年4月1日現在 満 才)		
ふりがな 現住所	〒 (-)		電話 - - 携帯 - -
ふりがな 帰省先	〒 (-)		電話 - -
学 歴	学校名	学部・学科	在学期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
職 歴	勤務先	勤務内容	在職期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			既往症
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名等
資 格 免 許	名 称	取得年月日	趣味・特技
		年 月 日	
		年 月 日	
志 望 動 機			得意な学科
			受付印
			※
本書の記載内容に相違ありません。 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 _____ 印</div>			

[記入上の注意]

- ・ 記入はすべて本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを使い、丁寧に記入してください。
- ・ ※印欄以外の欄はもれなく記入してください。
- ・ 学歴は義務教育終了後の内容をご記入ください。