

熊本赤十字病院  
令和9年度採用 専攻医 応募用履歴書 兼 自己紹介書

No. 1

令和 年 月 日現在

|                   |                                    |   |                |
|-------------------|------------------------------------|---|----------------|
| ふりがな              |                                    | 写真貼付<br>申込前3ヶ月以内に<br>撮影されたもの<br>大きさ<br>(タテ4cmヨコ3.5cm) |                |
| 氏名                |                                    |   |                |
| 生年月日              | 昭和・平成 年 月 日 ( 歳) 男・女               |   |                |
| ふりがな              |                                    |   |                |
| 現住所               | 〒 - 電話 ( ) 携帯 - -                  |   |                |
| E-mail            |                                    |   |                |
| ふりがな              |                                    |   |                |
| 緊急時の<br>連絡先       | 〒 - 電話 ( ) 携帯 - -<br>続柄 ( ) 氏名 ( ) |   |                |
| 学 歴<br>(高校から)     | 年 月入学<br>年 月卒業                     |   |                |
|                   | 年 月入学<br>年 月卒業                     |   |                |
|                   | 年 月入学<br>年 月卒業                     |   |                |
|                   | 年 月入学<br>年 月卒業                     |   |                |
| 職 歴<br>(初期研修病院含む) | 年 月～ 年 月                           |   |                |
|                   | 年 月～ 年 月                           |   |                |
|                   | 年 月～ 年 月                           |   |                |
| 資格・免許             | 年 月 日医籍登録済 医師免許証登録番号 号             |   |                |
|                   | 年 月                                |   |                |
|                   | 年 月                                |   |                |
|                   | 年 月                                |   |                |
| 趣味<br>特技<br>スポーツ  |                                    |   |                |
|                   |                                    |   |                |
|                   |                                    |   |                |
| 健康状態              | (既往症)                              |   |                |
| 扶養家族数<br>(配偶者を除く) | 人                                  | 配偶者 ※ 有・無   | 配偶者の扶養義務 ※ 有・無 |

記入注意 : 手書きもしくはテキスト入力形式いずれも可とする。

: ※印のところは、該当するところを○で囲むこと。

|  |  |
|--|--|
| 自覚する性格   | 長所 :   |
|  | 短所 :   |
| 希望する領域<br>○をつけること  | <基幹型専門研修><br><br>1. 内科                      2. 救急科                      3. 総合診療科<br><br>4. 産婦人科                  5. 外科                          6. 麻酔科 |
| 当院・当診療科を<br>希望する理由   |  |
| 将来希望する<br>進路   |  |
| できるだけ<br>PRしたい<br>こととなる<br>ものがある<br>れば自由に<br>記載しな<br>くれまして<br>の研修（初<br>期臨床研修<br>論文）で特<br>に力を入<br>れたこと<br>が発表され<br>ば、学会で<br>発表し、学<br>術的な力を<br>高めたい<br>です。 |  |