

# 岐阜県立多治見病院 精神科専門研修プログラム 履歴書

1 記入にあたっては、ボールペン等でいねいに記入し、□の中には該当するものに「レ」を付けてください。「印」には押印してください。 2 数字はすべて算用数字を用いてください。 3 現住所は地番まで詳しく記入してください。 4 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。				<b>写 真</b> (ここに貼付)	
氏 名 (ふりがな)		生年月日 昭和                      年           月           日 生 平成		写真は申込前 6 月以内に帽子をつけないで、上半身正面向を撮ったもので本人と確認できるものが必要です	
旧姓 (                      )		性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男			
現住所 (ふりがな) 等 郵便番号                      —					
固定電話 <                      >                      — 携帯電話 <                      >                      —                      E-mail :					
学 歴 (最終学歴から高等学校まで順に書いてください。所在地は町村まで書いてください。)					
学 校 名	類別	学 部 科 別	所 在 地	在 学 期 間	○ で か こ む
	全 ・ 定			平・令    年    月 から	卒    卒見込
				平・令    年    月 まで	年在    年中退
	全 ・ 定			平・令    年    月 から	卒    卒見込
				平・令    年    月 まで	年在    年中退
	全 ・ 定			平・令    年    月 から	卒    卒見込
				平・令    年    月 まで	年在    年中退
	全 ・ 定			平・令    年    月 から	卒    卒見込
				平・令    年    月 まで	年在    年中退
	全 ・ 定			平・令    年    月 から	卒    卒見込
				平・令    年    月 まで	年在    年中退
次の質問に該当する、しないを答えてください。					
イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない				医師免許 取得年月日                      年    月    日	
ロ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない				その他 添付するもの ①医師免許証のコピー ②臨床研修修了登録証のコピー または修了見込み証明書	

職 歴

元 号	年	月	日	事 項	備考

以上のとおり相違ありません。

令和      年      月      日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印