

履 歴 書 (I)

ふりがな		生年 月 日	昭和 平成	年 月 日生	写真貼付欄 (2.5×3cm)
氏 名				(満 歳)	
ふりがな	(〒)				
現住所	電話 FAX				
勤務先	名称				
	所在地	(〒) 電話 FAX			
連絡先	電話 e-mail				
学 歴 (高等学校 以降を記入 すること)	学校・学部・学科・研究科名等	入学年月日		卒業(見込)年月日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
医学部卒業後の地域医療への従事要件等					有 ・ 無
職 歴	勤務先名	職務上の地位	勤務期間		職務内容
			～		
			～		
			～		
			～		
資格・免許 ・学位 (学位の場合はそ の論文名を備考に 記入すること)	資格等の種類	取得年月日	登録番号等		備考
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
		年 月 日	第 号		
臨床研修修了(予定)日 (平成16年4月以降に医師免許を取得した場合にのみ記入)					年 月 日

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

履 歴 書 (Ⅱ)

氏 名			
外国語	英語 (英検 級、TOEFL・TOEIC 得点 点、その他の資格) 独語 仏語 スペイン語 その他の外国語 ()		
在外経験	無 ・ 有 (有の場合、国名と期間等について記載してください) ()		
特殊技能 資 格			
趣 味			
大学時代の活動	学内 (クラブ活動等)		
	学外 (ボランティア歴等)		
入省希望の動機 (具体的に)			
入省後の希望 (具体的に)			
扶養家族 (配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務	宿舍希望の有無
人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
過去の医系技官採用試験受験歴の有無	有 ・ 無 (有の場合、受験年度をお答えください) ()		
以下の事項について該当・非該当どちらかに○印をつけてください。			
1. 日本国籍を有しない者			該当・非該当
2. 成年被後見人、被保佐人			該当・非該当
3. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでの者又はその刑の執行猶予の期間中の者その他その執行を受けることがなくなるまでの者			該当・非該当
4. 一般職の公務員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者			該当・非該当
5. 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団体を結成し、又はこれに加入した者			該当・非該当
推薦状作成者の氏名	1.	2.	
推薦状作成者の所属	1.	2.	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印