一般財団法人大原記念財団

履 歴 書

令和　　年　　月　　日現在

フリガナ		性 別	写真添付 ※写真は必ず添付して下さい。 ※直近3ヶ月以内に撮影のもの。
氏　　名	印	男 ・ 女	
生年月日	年　　月　　日　（満　　歳）		
配 偶 者	有 ・ 無	扶養義務	無 ・ 有（　　）
フリガナ			
現 住 所	〒		
連 絡 先	（自宅電話）	（携帯電話）	
E-mail	（PC）	（携帯）	

年月日	学歴および職歴等 ※学歴は高卒以上を記載
西暦　　年　　月　　日	
西暦　　年　　月　　日	
西暦　　年　　月　　日	
西暦　　年　　月　　日	
西暦　　年　　月　　日	
西暦　　年　　月　　日	

【大原記念財団で初期研修を志望する理由】

自分の長所・短所		
自分が志す医師像		
初期臨床研修における 希望と目標		
初期研修修了後の進路 （現時点での予定）		
学生時代のクラブや サークル、その他活動		
健　康　状　態 （定期通院が必要な疾患や学業・ 仕事を休んだ疾患の既往など）		
趣　　味		
特殊技能・資格等	取得年月日	資格等の名称