



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		任意記載	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)		
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