

※受験番号

※受付番号

※受 付

履 歴 書

市立伊勢総合病院医師奨学生

ふりがな		性別	生年月日	日本国籍の有無	写 真 1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、はり付 (はがれた時のため)
氏 名		男・女	昭和 平成 . . . 生 歳 (H30. 4. 1現在)	有 ・ 無 無しの場合国籍 ()	
現住所 (通知発送先)					
郵便番号	電話				

進学予定または、在学中の大学名を記入してください。

大学名	進学予定 または 在学中	
	進学予定	在学中 (年)

本奨学金の貸与希望年数を記入してください。※すべての学年の方が、廻り貸与を受けることが可能です。

6年間	5年間	4年間	3年間	2年間	1年間
-----	-----	-----	-----	-----	-----

卒業後の当院で勤務希望時期を記入してください。

	1. 卒後、初期研修医から、市立伊勢総合病院で勤務を希望します。
	2. 他病院での初期研修を経た後、市立伊勢総合病院で勤務を希望します。

出身地	都道府県			市区町村	
学 歴	学 校 名	部 科 名	所 在 市 区 町 村 名	修 学 期 間	卒 ・ 卒 見 込 等 の 別
				年 月 ~ 年 月	
				年 月 ~ 年 月	
免 許 ・ 資 格	取 得 年 月 日	免 許 ・ 資 格		取 得 年 月 日	免 許 ・ 資 格
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	

※受験番号

※受付番号

※受 付

履 歴 書 (記入例)

市立伊勢総合病院医師奨学生

ふりがな	びょういん たろう	性別	生年月日	日本国籍の有無	写 真	
氏 名	病院 太郎	男・女	昭和 平成 11・6・10生 18歳 (H30.4.1現在)	<input checked="" type="radio"/> 有・無 無しの場合国籍 ()	1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、はり付 (はがれた時のため)	
現住所 (通知発送先)						
■■■県■■■市■■■ ●丁目 ●番 ●号 郵便番号 ▲▲▲-▲▲▲▲ 電話 ▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲						

進学予定または、在学中の大学名を記入してください。

大学名	進学予定 または 在学中
● ● 大 学	<input checked="" type="radio"/> 進学予定 <input type="radio"/> 在学中 (年)

本奨学金の貸与希望年数を記入してください。※すべての学年の方が、廻り貸与を受けることが可能です。

<input checked="" type="radio"/> 6年間	<input type="radio"/> 5年間	<input type="radio"/> 4年間	<input type="radio"/> 3年間	<input type="radio"/> 2年間	<input type="radio"/> 1年間
--------------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

卒業後の当院で勤務希望時期を記入してください。

1.	卒後、初期研修医から、市立伊勢総合病院で勤務を希望します。
2.	他病院での初期研修を経た後、市立伊勢総合病院で勤務を希望します。

出身地	都道府県			市区町村	
	● ●			● ●	
学 歴	学 校 名	部 科 名	所 在 市区町村名	修 学 期 間	卒・卒見込等の別
	●立●●中学校		●●県●●市	●年●月 ～ ●年●月	卒
	●立●●高等学校	●●科	●●県●●市	年 月 ～ 年 月	卒
免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格		取得年月日	免 許 ・ 資 格
	●年●月●日	●●●		年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	