

※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	平成 ・ ・ 生 歳 (R8. 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
	合格済 ・ 合格見込

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 ～ 月	
				年 月 ～ 月	
				年 月 ～ 月	
職歴	勤務先の名称	職務内容	所 在 市区町村名	在職期間	備考
				年 月 ～ 月	
				年 月 ～ 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	平成 18・6・10生 18歳 (R8.4.1現在)	有・無 無の場合国籍 ()	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
● ● 大 学	合格済・合格見込

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、遡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
	●立●●中学校		●●県●●市	●年 ●月 ～ ●年 ●月	卒
	●立●●高等学校	●●科	●●県●●市	●年 ●月 ～ ●年 ●月	卒見込
				年 月 ～ 年 月	
職歴	勤務先の名称	職務内容	所 在 市区町村名	在職期間	備考
				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	