※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
氏　名		男･女	平成　・　・　生 歳 (R9.4.1現在)	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）					
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、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
				年　月 ～ 年　月	
				年　月 ～ 年　月	
				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	

※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　20・6・10生 18歳 (R9.4.1現在)	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
●　●　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 校 名	部科名	所　在 市区町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
学歴	●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	

	勤務先の名称	職務内容	所　在 市区町村名	在職期間	備考
職歴				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	