2026年度　新採用臨床研修医

履 歴 書

西暦　　年　　月　　日現在

写真を貼る位置

1. 縦 36～40㎜
   横 24～30㎜
2. 本人 胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

ふりがな	
氏　名	
西暦　　年　　月　　日生　満（　　歳）	
ふりがな	（自宅電話）
現住所　〒	
	（携帯電話）
E-mail	
ふりがな	（連絡先電話）
現住所　〒　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）※1

※1　**中学～**最終学歴までを記入してください（卒業見込についても必ず付記してください）

福岡県済生会二日市病院

氏名[　　]

［志望の動機］		
［自己ＰＲ・自覚している性格］		
［趣味・特技・所属クラブなど］	扶養家族数（配偶者を除く） 人	
	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無

当院における 見学歴	①西暦　　年　　月　　日　科名:
	②西暦　　年　　月　　日　科名:
	③西暦　　年　　月　　日　科名:

初期臨床研修 終了後の希望進路	□出身大学の医局	□当院での後期研修
	□大学院への帰室	□未定・その他（　　）
	□出身大学以外の大学（　　大学　　科）	
希望後期診療科	□内科（　　）	□外科（　　）
	□救急（　　）	□総合診療
	□その他（　　）	
将来の希望進路	□プライマリケア医又は開業医	□総合診療
	□病院勤務医	□未定・その他（　　）
	□基礎研究	

面接希望日	□2025年7月24日（木）	□2025年7月31日（木）
	□別日を希望	
地域枠・県特別枠	□該当する	□該当しない
	➡ □福岡県内基幹型病院での臨床研修が認められている。 ※2	

※2 地域枠の場合のみ、該当する場合は✓印を付けて下さい。

福岡県済生会二日市病院