

# 履歴書

※

「大阪府地域医療確保就学資金」を貸与されている  
はい・いいえ（いずれかに○）

写真(カラー)  
縦 36～40mm  
横 24～30mm

ふりがな	男・女
氏名	印
昭和 年 月 日生（ 歳） 平成	

ふりがな
現住所（受験関係書類の送付先を記入 7～8月） 〒（ - ） 電話： E-Mail：
ふりがな
帰省先等緊急の連絡先（夏休み等で上記現住所では連絡のとれない場合必ず記入） 〒（ - ） 電話：

年	月	学 歴（高校入学時から記入）・職 歴

※記入しないでください。



マッチング登録 IDNo.

志望動機	
特技・趣味等	
当院に見学・実習に来られた方は診療科、期間をすべて記入	
本人の希望記入欄(将来の希望専門科など)	
選考希望日(希望に沿えない場合もあります)	配偶者の有無
	有・無

年	月	資格・免許

家族氏名	続柄	年齢	家族氏名	続柄	年齢



宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院

Yodogawa Christian Hospital

全人医療