

(No. ここには何も記入  
しないこと)

クリニカ

**注意事項**

履歴書

西暦

年 月 日

ふりがな		写真付きの身分証明書（学生証） コピー貼付 ※白黒可 既卒者は3×4の写真を貼付	
氏名			
生年月日	年 月 日（満 歳）		
大学名・学年			
共用試験（OSCE/CBT）合格 はい・いいえ			
現住所 〒		免許・資格（TOEICや医療関係のみ記入）	
E-mail： 携帯電話：		日付け	資格名
日付け	学歴・職歴（高等学校卒業からご記入ください）		
実習希望診療科		希望見学日・期間	
第一希望：		月 日～	月 日
第二希望：	※ 単一の診断科での実習をご希望の場合、希望順にご記入ください。 ※ 1週間ごとに違う診療科での実習をご希望の場合は、 それぞれご希望の診療科をご記入ください。		
第三希望：			
臨床実習を希望する診療科			
研究課題又は関心のある診療科：			
クラブ活動・文化活動・地域活動・ボランティア活動・趣味・スポーツ等			
自己PR：			
事務使用欄 ※記入しないでください。			
受領日	ロッカー	メール	<input type="checkbox"/> リスト <input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 診療科 <input type="checkbox"/> カレンダー

ふりがな		写真付きの身分証明書（学生証） コピー貼付 ※白黒可 既卒者は3×4の写真を貼付	
氏名			
生年月日 年 月 日（満 歳）			
大学名・学年 年 生			
共用試験（OSCE/CBT）合格 はい・いいえ			
現住所 〒  E-mail： 携帯電話：		免許・資格（TOEICや医療関係のみ記入）	
		日付け	資格名
日付け	学歴・職歴（高等学校卒業からご記入ください）		
実習希望診療科		希望見学日・期間	
第一希望：	月	日～	月 日
第二希望：	月	日～	月 日
第三希望：	月	日～	月 日
臨床実習を希望する診療科を選択した理由			
研究課題又は関心のある診療科：			
クラブ活動・文化活動・地域活動・ボランティア活動・趣味・スポーツ等			
自己PR：			
事務使用欄 ※記入しないでください。			
受領日	ロッカー	メール	<input type="checkbox"/> リスト <input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 診療科 <input type="checkbox"/> カレンダー

