

※欄は記入しないこと。

※受験番号

平成31年度 京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム
研修医 選考試験願書

平成 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

写真貼付 3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真(写真票の写真と同一のもの、裏面に氏名を記入)

この欄内に貼付すること

平成31年度京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム研修医選考試験の受験を申し込みます。

なお、歯科医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した際は、平成31年度京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修プログラム研修医として採用願いたく、申請いたします。

ふりがな			
氏名			
生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日生	男・女	(いずれかを○で囲んで下さい)
現住所 (建物名、部屋番号まで 詳細に記入のこと)	〒(-)	TEL - -	<input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する 携帯電話 - -
メールアドレスよみ			
E-mail			
帰省先・実家等	〒(-)	TEL - -	<input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する
出身大学・学部 卒業年次	大学	学部	平成 年卒業(予定)
選考試験 希望日 ※希望日に○を付すこと	<input type="checkbox"/> 平成30年8月19日(日)	<input type="checkbox"/> 平成30年9月 8日(土)	
志望プログラム ※2つのプログラムの うち、志望するプロ グラムを、志望順位 毎に○を付してくだ さい。	【第1志望】	<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院単独型歯科医師臨床研修プログラム	
		<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院群歯科医師臨床研修プログラム	
	【第2志望】	<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院単独型歯科医師臨床研修プログラム	
		<input type="checkbox"/> 京都大学医学部附属病院群歯科医師臨床研修プログラム	

履 歴 書

平成 年 月 日 現在

(1) 氏名	ふりがな	性別	ふりがな			
			旧姓			
	改姓年月日		年	月	日	
(2) 生年月日	年	月	日	(歳)	氏名のアルファベット表記	
住所	〒					
電話番号	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-
(3) 国籍	在留資格		在留期限		年	月 日

学 歴 (高等学校以上の学歴を記入すること。)	元号	年	月	~	元号	年	月	学校等名称(学校、学部(研究科)、学科(専攻)、コース(課程))	修了区分
					~				
				~					
				~					
				~					
				~					

職 歴 等	元号	年	月	日	~	元号	年	月	日	会社等名称(組織名称・所属・職名等)
	(退職見込を含む)									
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					
					~					

(7) 免許・試験・資格等	元号	年	月	日	名 称	
						免許 登録番号 第
※免許の写しを添付すること						

(8) 禁固以上の刑(執行猶予含む)に処せられたことが ない ・ ある (必ずどちらかに○をすること)

本履歴書記載内容に相違ありません。

(署 名)

記入例 履歴書

◎注意事項
履歴書の記入内容については必ず証書等により、又は在籍機関等に直接確認のうえ、相違のないよう記入すること。
記入された履歴事項に詐称又は重大な誤りがあった場合は、採用取消等となることがあるので、注意すること。

平成 30 年 7 月 1 日 現在

ふりがな きょうだい はなこ

戸籍のとおり正確に姓と名の間を1文字空けて記入し、必ずふりがなを付す。
外国籍である場合は、外国人登録証明書のとおり記入する。

性別 ふりがな **ウ** 改姓歴がある場合は、改姓した年月日及び旧姓(ふりがな)
宇治

氏名 **京大 花子**

旧姓 **宇治**

改姓年月日 平成 18 年 11 月 22 日

(2) 生年月日 平成 7 年 7 月 1 日 (32 歳) 氏名のアールファベット表記 **Kyodai Hanako** アルファベット表記必ず記入すること

〒 606-1234

住所 **京都府京都市左京区〇〇町1-2 △△マンション101号**

電話番号 (自宅) 075 - 123 - 1234 (携帯) 090 - 1234 - 5678

(3) 国籍 在留資格 在留期限 年 月 日

(4) 学歴 (高等学校以上の学歴を記入すること。)

元号	年	月	~	元号	年	月	学校等名称(学校、学部(研究科)、学科(専攻)、コース(課程))	修了区分
平成	22	4	~	平成	25	3	〇〇県立〇〇高等学校	卒業
平成	25	4	~	平成	31	3	〇〇大学医学部医学科	卒業見込

卒業証書等で確認のうえ、正確に記入すること。
複数の大学(大学院)・学部を卒業(修了)した場合、転学した場合等全ての学歴を記入する。

以下の区分から選ぶこと
卒業
卒業見込
修了
修了見込
退学
退学見込
単位修得退学
単位取得退学見込
研究指導認定退学
研究指導認定退学見込
転学
転学部
転学科
除籍

(5) 職歴等

元号	年	月	日	~	元号	年	月	日	会社等名称(組織名称・所属・職名等)
				~					
				~					
				~					
				~					
				~					

在籍した会社等に直接確認のうえ、日にち、職名等まで正確に記入すること。
研究生、研修員等はこの欄に記入する。

(7) 免許・試験・資格等

元号	年	月	日	名称
				医師 歯科医師 薬剤師 等 自動車運転免許は記入不要

文字・印等のすべてがはっきりと判別できる**免許証原本**の写しを添付すること。(A4サイズ)

※免許の写しを添付すること

記入漏れが多いので注意すること。

(8) 禁固以上の刑(執行猶予含む)に処せられたことが **ない** ・ ある (必ずどちらかに○をすること)

様式を印刷後、最下部にある「署名」欄に、黒又は青のインクを用いて必ず**自筆**で署名する。
注意事項をよく読んでから署名すること。

本履歴書記載内容に相違ありません。

(署名) **京大 花子**

平成31年度京都大学医学部附属病院 歯科研修医選考試験

受 験 票

※受験番号:
ふりがな:
氏 名:

※欄は記入しないこと。

平成31年度京都大学医学部附属病院 歯科研修医選考試験

写 真 票

※受験番号:
ふりがな:
氏 名:

※欄は記入しないこと。

写真貼付 3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真(選考試験願書の写真と同一のもの、裏面に氏名を記入)

この欄内に貼付すること