

# 履 歴 書

顔 写 真

縦3×2.4cm  
無帽、正面  
単身胸部上  
より撮影

※年表記は全て西暦でご記入ください

( 2 0      年      月      日現在)

|                                                          |                                        |               |         |                    |      |  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|---------|--------------------|------|--|
| フリガナ                                                     |                                        |               | 性別      | 男 ・ 女              |      |  |
| 氏 名                                                      |                                        |               | 旧姓      | (      年      月改姓) |      |  |
| 生年月日                                                     | (西暦)<br>年      月      日 生まれ (満      歳) | マッチングユーザ-ID   |         |                    |      |  |
|                                                          |                                        | 出身地<br>(都道府県) |         |                    |      |  |
| 現 住 所                                                    | フリガナ                                   |               |         |                    |      |  |
|                                                          |                                        |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 〒      —      TEL      (      )        |               |         |                    |      |  |
| メールアドレス                                                  |                                        |               |         |                    |      |  |
| 連 絡 先<br><small>※上記現住所以外に<br/>連絡を希望する場合<br/>のみ記入</small> | フリガナ                                   |               |         |                    |      |  |
|                                                          |                                        |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 〒      —      TEL      (      )        |               |         |                    |      |  |
| 氏名      続柄                                               |                                        |               |         |                    |      |  |
| 学 歴                                                      | (西暦)                                   | 年      月      | 高等学校 卒業 |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
| 職 歴                                                      | (西暦)                                   | 年      月      |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               |               |         |                    |      |  |
| 取得・取得<br>見 込 の<br>国 家 資 格                                | 年      月                               | 年      月      |         |                    |      |  |
|                                                          | 年      月                               | 年      月      |         |                    |      |  |
| 希望するプログラム<br>( 希望順位を1～5までご記入ください。 )                      |                                        |               |         |                    | 希望順位 |  |
| 東海大学臨床研修病院群基本研修プログラム                                     |                                        |               |         |                    |      |  |
| 東海大学臨床研修病院群地域医療研修プログラム                                   |                                        |               |         |                    |      |  |
| 東海大学臨床研修病院群周産期研修プログラム                                    |                                        |               |         |                    |      |  |
| 東海大学臨床研修病院群地域医療重点研修プログラム                                 |                                        |               |         |                    |      |  |
| 東海大学医学部付属八王子病院臨床研修プログラム                                  |                                        |               |         |                    |      |  |

|      |  |
|------|--|
| 志望動機 |  |
| 自己PR |  |

※個人情報保護法に基づき、本書は本学の採用案内・選考・採用手続き・採用後の研修先への資料提供及び緊急時の連絡対応以外の目的には一切使用いたしません。なお、取り扱いについては十分注意し、本学文書保管規程に則り厳重に管理いたします。

2025.6東海大学医学部附属病院

2025年 月 日

東海大学医学部附属病院長 殿

## 臨床研修医（医師）応募申請書

1. 氏 名

フリガナ .....

.....

2. 最終学歴

..... 大学 ..... 学部  
..... 年 ..... 月 （卒業見込 ・ 卒業）

3. 採用試験日

11月5日（水）～11月12日（水）の期間に実施予定となります。  
申し込み後、調整ご連絡します。

4. 地域枠奨学金について

地域枠（自治体等による地域医療医師奨学金受給者）に該当しますか？

☐ 該当します →（奨学金制度の名称：.....）

☐ 該当しません（一般枠）※地域枠者以外の者で、卒後の従事要件等が課せられていない者

学校法人東海大学教職員雇入・採用時健康診断書

1. 本人記入欄(記入または○で囲む) ※医師の診断に性別が必要な場合は問い合わせる可能性があります。

|             |                                                    |                |                                   |            |
|-------------|----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|------------|
| フリガナ<br>氏 名 |                                                    | 男・女<br>答えたくない※ | 生年月日                              | 年 月 日生( )歳 |
| 現在の健康状態     | 良好 ・ 普通 ・ 病気治療中<br>※病気治療中の場合、病名・治療状況詳細を下へ記入<br>[ ] | 既往歴            | 無し ・ 有り<br>※有りの場合、病名等を下へ記入<br>[ ] |            |
|             |                                                    | 業務歴            |                                   |            |

2. 受診先記入欄

|                |                               |                 |                            |  |
|----------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------|--|
| 身体計測           | 身長( ) cm 体重( )kg              |                 | 胸部レントゲン                    |  |
| 視 力            | 裸眼 矯正                         |                 | 撮影年月日 年 月 日                |  |
|                | 右 : ( )                       | ( )             | X-P: 直接 ・ 間接 ( )           |  |
| 聴 力            | 右: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) |                 | 判定: 異常なし ・ 異常あり            |  |
|                | 左: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) |                 | ※異常ありの場合、具体的内容を下へ記入<br>[ ] |  |
| 尿検査            | 蛋白( )                         | 尿糖( )           | 心電図<br>所見                  |  |
| 血 圧            | / mmHg                        |                 |                            |  |
| 腹 囲            | ( ) cm                        |                 |                            |  |
| 血液検査           | 貧血検査                          | RBC ( 万) mm3    | 内科診察                       |  |
|                |                               | Hb ( ) g/dl     |                            |  |
|                | 肝機能検査                         | GOT ( ) U/I     |                            |  |
|                |                               | GPT ( ) U/I     |                            |  |
|                |                               | γ-GTP ( ) U/I   |                            |  |
|                | 血中脂質検査                        | LDL-C ( ) mg/dl | 総合所見                       |  |
|                |                               | HDL-C ( ) mg/dl |                            |  |
| TG ( ) mg/dl   |                               |                 |                            |  |
| 血糖検査           | 血糖 ( ) mg/dl                  |                 |                            |  |
| 上記のとおり診断いたします。 |                               |                 | 年 月 日                      |  |
| 所在地            |                               |                 |                            |  |
| 機関名            |                               |                 | 医師氏名 印                     |  |

3. 健康推進担当意見記入欄

|       |
|-------|
| 年 月 日 |
| 医師 印  |

4. 産業医所見記入欄

|             |
|-------------|
| 年 月 日       |
| 事業所(キャンパス)名 |
| 産業医氏名 印     |

「1. 本人記入欄」記入例

学校法人東海大学教職員雇入・採用

※年齢は、記入日  
現在で記入。

1. 本人記入欄(記入または○で囲む)※医師の診断に性別が必須です。記入する可能性があります。

|             |                                         |                |      |                          |
|-------------|-----------------------------------------|----------------|------|--------------------------|
| フリガナ<br>氏 名 | ボウセイ ハナコ<br>望星 花子                       | 男・女<br>答えたくない※ | 生年月日 | 〇〇〇〇年 〇月 〇日生 ( 21 )歳     |
| 現在の健康状態     | 良好・普通・病氣治療中<br>※病氣治療中の場合、病名・治療状況詳細を下へ記入 |                | 既往歴  | 無し・有り<br>※有りの場合、病名等を下へ記入 |
|             |                                         |                | 業務歴  | なし                       |

2. 受診先記入欄

診断は採用前3か月間を有効とします。他に医師の健康診断を受けていた場合、3か月を超えるものは使えません。

|                      |                               |                 |    |                     |               |   |   |   |
|----------------------|-------------------------------|-----------------|----|---------------------|---------------|---|---|---|
| 身体計測                 | 身長                            | 裸眼              | 矯正 | 胸部レントゲン             | 撮影年月日         | 年 | 月 | 日 |
| 視 力                  | 右 : . ( )                     | 左 : . ( )       |    | X-P: 直接・間接 ( )      | 判定: 異常なし・異常あり |   |   |   |
| 聴 力                  | 右: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) |                 |    | ※異常ありの場合、具体的内容を下へ記入 |               |   |   |   |
|                      | 左: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) |                 |    |                     |               |   |   |   |
| 尿検査                  | 蛋白 ( )                        | 尿糖 ( )          |    | 心電図<br>所見           |               |   |   |   |
| 血 圧                  | / mmHg                        |                 |    |                     |               |   |   |   |
| 腹 囲                  | ( ) cm                        |                 |    |                     |               |   |   |   |
| 血液検査                 | 貧血検査                          | RBC ( 万) mm3    |    | 内科診察                |               |   |   |   |
|                      |                               | Hb ( ) g/dl     |    |                     |               |   |   |   |
|                      | 肝機能検査                         | GOT ( ) U/I     |    |                     |               |   |   |   |
|                      |                               | GPT ( ) U/I     |    |                     |               |   |   |   |
|                      |                               | γ-GTP ( ) U/I   |    |                     |               |   |   |   |
| 血液検査                 | 血中脂質検査                        | LDL-C ( ) mg/dl |    | 総合所見                |               |   |   |   |
|                      |                               | HDL-C ( ) mg/dl |    |                     |               |   |   |   |
|                      |                               | TG ( ) mg/dl    |    |                     |               |   |   |   |
|                      | 血糖検査                          | 血糖 ( ) mg/dl    |    |                     |               |   |   |   |
| 上記のとおり診断いたします。 年 月 日 |                               |                 |    |                     |               |   |   |   |
| 所在地 医師氏名 印           |                               |                 |    |                     |               |   |   |   |
| 機関名                  |                               |                 |    |                     |               |   |   |   |

3. 健康推進担当意見記入欄

|       |
|-------|
| 年 月 日 |
| 医師 印  |

4. 産業医所見記入欄

|             |
|-------------|
| 年 月 日       |
| 事業所(キャンパス)名 |
| 産業医氏名 印     |