



大阪 けいさつ 病院

2026 年度採用初期臨床研修医試験履歴書

(西暦) ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日現在

写真を貼る位置

縦 36～40mm

横 24～30mm

写真の裏に名前を記入

ふりがな	けいさつ たろう	性 別
氏名	警察 太郎	男
(西暦)	年 月 日生(満 才)	
ふりがな	おおさかふおおさかしてんのうじくきたやまちょう	連絡先(携帯電話)
現 住 所	〒543-0035 大阪府大阪市天王寺区北山町○○―○○	① 本人 06-6771-6051
e-mail アドレス(必須)	XXXXXXX@XXXX.com	② 緊急連絡先(続柄) 090-XXXX-XXXX (母)

年(西暦)	月	学 歴(高等学校卒業以降)・職 歴
		学 歴
○○○○年	3 月	○○○○○高等学校 卒業
○○○○年	4 月	○○大学医学部医学科 入学
○○○○年	3 月	○○大学医学部医学科 卒業見込
		職 歴
		な し
		以 上
		※注 1 予備校の通学歴は記載不要。
		※注 2 アルバイトは職歴に含まず。

年	月	免 許・資 格
○○○○年	○月	○○○○○ 取得
○○○○年	○月	○○○○○検定○級 合格
		以 上
		※注 3 取得見込み(予定)の免許・資格は記載不可。

年	月	賞罰(全て記入してください)
○○○○年	○月	○○○○○高等学校 皆勤賞
○○○○年	○月	第○回○○学会 学部学生部門 優秀演題賞 受賞
		※注 4 無い場合は「なし」と記載。

大阪けいさつ病院を志望した理由

○○○○○○○

将来希望する進路

希望診療科名

自己 PR(特技、趣味等)

○○○○○○○

その他自由記述欄

○○○○○○○

希望するプログラム【専願】【併願】どちらかに○をつけてください

【専願】()

☐ 大阪けいさつ病院プログラム☐ 広域連携プログラム

【併願】() ※併願の場合は枠内に順位をつけてください

() 大阪けいさつ病院プログラム / () 広域連携プログラム

家族氏名	続 柄	年 齢	家族氏名	続 柄	年 齢
警察 △△	父	○○			
警察 △△	弟	○○			
通勤時間	扶養家族数(配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務		
約 ○ 時間 ○○分	○ 人	どちらかに○ ※ 有 ・ 無	どちらかに○ ※ 有 ・ 無		