# 履歴書

令和　　年　　月　　日 現在

写真貼付

縦4cm×横3cm
（裏面に氏名記入）

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>氏　名 | |
| ※ 昭和<br>平成　　年　　月　　日 生（ 満　　歳 ） | ※ 男・女 |
| ふりがな<br>住　所　〒（　　－　　） | Tel<br>Fax |
| 携帯 | E-mail |
| ふりがな<br>連絡先　〒（　　－　　）　現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入<br>方 | Tel |

| 年 | 月 | 学歴（中学卒業以降）・職歴など（項目別にまとめて書く） |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

記入注意　1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入　2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く

3. ※印のところは〇でかこむ

| 氏名 | |
|---|---|

| 業務に必要な資格・免許など（国家資格、保険薬剤師登録など） | | |
|---|---|---|
| 登録年月日 | 免許名 | 登録番号 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| その他の免許・資格 | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 免許名 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

その他特記すべき事項

| 得意な科目・分野 | 趣味・特技 |
|---|---|
| スポーツ・クラブ活動・文化活動などから得たもの | 私の長所・特徴 |
| 志望の動機 | |

| 希望勤務時間 | | 希望勤務地・勤務部署 | |
|---|---|---|---|
| 健康状態 | | 通勤時間<br>約　　時間　　分 | |
| 扶養家族数（配偶者除く）<br>人 | | 奨学金の利用<br>※　有　・　無 | その他 |
| 配偶者<br>※　有　・　無 | 配偶者の扶養義務<br>※　有　・　無 | 採用希望日<br>令和　　年　　月　　日 | |

| 保護者（本人が未成年の場合のみ記入） | | Tel |
|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | 住所　〒 | |

受理日　　令和　　年　　月　　日　　受理No.

大崎市民病院