

※ ※

# 履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	( 写 真 ) 縦 4 cm×横 3 cm  写真の裏面に氏名を 必ず記載すること
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )				
現 住 所	〒 (      -      )	電話	市外局番 (      )      -      -		
		携帯	〒 (      -      ) アドレス		
休暇中又は 帰省中の 連 絡 先	〒 (      -      )	電話	市外局番 (      )      -      -		

◆受験票等の送付を現住所ではなくこちらの住所へ ( 希望する ・ 希望しない )

元号	年	月	学歴 (高等学校卒業から記入)

元号	年	月	職歴	退職年月	実勤務期間
					年 月

元号	年	月	賞罰

記入注意 1. 鉛筆以外の黒の筆記具で記入 3. □の該当欄は ✓ 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 4. ※印のところは記入不要

履歴書記入の個人情報は、本会の「個人情報保護に係る規程等」に従い利用目的の範囲内で取り扱います。

氏名	
----	--

年	月	免許・資格取得区分	免許・資格
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	

志望の動機

得意な科目・分野・研究課題

趣味・スポーツなど	性格の長所

勤務希望病院（採用予定病院が複数ある場合はご記入ください。第一希望のみの場合は第二希望以下を空白にして下さい）			転勤について
第1希望	第2希望	第3希望	将来転勤をお願いした場合 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
総合病院	総合病院	総合病院	

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族（配偶者を除く）
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人

本人希望記入欄（特に給料・職種・配属部署・勤務時間・その他についての希望などがあれば記入）

※厚生連記入欄

