

受験番号 _____

履 歴 書

年 月 日現在

職 種	※ 病院事務		
ふりがな			男・女
氏 名			
生年月日	西暦 (S・H) 年	月	日生満 歳
ふりがな			電話
現住所	〒 -		携帯電話番号
受験票送付先	〒 -		E-mail
緊急時の 連絡先	住所	〒 -	電話
	氏名		本人との関係

証明写真
貼付
3 cm × 4 cm
 ※裏面に氏名と生年月日を記入の上、
しっかりと糊付けしてください。

注； 1) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。
 2) 該当事項を○で囲むこと。

	修 業 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
学 歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

注；学歴については中学校から記入のこと。

	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
職 歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

総合病院病院 三原赤十字病院

免許・検定等	取得（見込）年月日	免許番号	免許・検定その他資格名
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

志望動機
ボランティア・社会活動等
得意学科
特技・趣味
私の長所・特徴
私の短所
勤務希望等