　　　受験番号

**履　　　歴　　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | * 病院事務 | | |  | 証明写真  貼付  ３cm × ４cm  ※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。 |  |
|  | | | | |
| 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  携帯電話番号 | | |  |
| 現 住 所 | 〒　　－ | |
| 受験票送付先 | 〒　　－ | | E-mail | | |  |
| 緊急時の  連 絡 先 | 住所 | 〒　　　－ | 電話  本人との関係 | | |  |
| 氏名 |  |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　　　　　歴 | 修　　業　　期　　間 | 学　校　・　学　部　・　学　科　名 |  |
| 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　　　　　　歴 | 職　　務　　期　　間 | 勤　　務　　先　　名　　等 |  |
| 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 |  |