

*	*
---	---

## 履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ			
氏 名	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
現 住 所	〒 (    -    )		電話 (    ) -
			携帯                      -    - アドレス
休暇中又は 帰省中の 連 絡 先	〒 (    -    )  (                      様方) <small>※受験票などの送付をこちらの住所へ ( <input type="checkbox"/>希望する・<input type="checkbox"/>希望しない )</small>		電話 (    ) -

(写真)  
縦4cm×横3cm

写真の裏面に  
氏名を必ず  
記載すること

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    ヶ月

- 注意事項
- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1. 鉛筆以外の黒の筆記具で記入           | 3. <input type="checkbox"/> の該当欄は <input checked="" type="checkbox"/> 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、地方独立行政法人府中市病院機構個人情報保護規定に従い、適正に取り扱います。

氏名	
----	--

年	月	免許・資格取得区分	免許・資格名
		<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	
		<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（第1希望のみの場合は第2希望を空白にしてください）		
第1希望	第2希望	
病院	病院	

通勤時間	配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族（配偶者を除く）
約 時間 分	<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）

保護者（本人が未成年の場合のみ記入）	電話（ ） -
ふりがな	（ ） 方呼出）
氏名	住所 〒（ ）

※法人記入欄

