

履 歴 書

令和 年 月 日 現在

| | | | |
|--|---|---|---|
| ふりがな | | | 希望職種 |
| 氏 名 | | | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 |
| <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳) | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| ふりがな 現 住 所 〒 | | | 電話番号 様方 呼出 携帯電話 |
| ふりがな 連 絡 先 〒 (現住所以外の連絡先があれば記入) | | | 電話番号 様方 呼出 携帯電話 |
| 元号 | 年 | 月 | 学歴・職歴 |
| | | | |
| 元号 | 年 | 月 | 免許資格 (医療・福祉関係のものを記載してください) |
| | | | |

写真を貼る位置
 1. 大きさ
 縦 36mm～40mm
 横 24mm～30mm
 2. 6月以内撮影のもの
 3. 単身正面、胸から上

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| 印象に残った実習・臨床経験 | |
| 趣味・特技などの自己PR (スポーツ・文化活動などを含む) | |
| 志望動機 | 本人希望記入欄 (従事したい診療科等) |

| |
|---|
| 宿舍希望の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|---|

独立行政法人国立病院機構中国四国グループ作成

- 記入事項
- 1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。
 - 2 数字はアラビア数字で文字は崩さず正確に書いてください。
 - 3 には、該当するものに『✓』してください。