|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履 歴 書　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日現在  写真を貼る位置  1. 縦 36～40 mm  　　横 24～30 mm  2. 本人単身胸から上  3. 裏面にのりづけ  4. 裏面に氏名記入 | | |
| ふりがな | | |
| 氏　　名 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 （満　　　歳） | 男　・　女 |
| ふりがな | | | 電話  メールアドレス |
| 現住所〒 | | |
| ふりがな | | | 電話 |
| 連絡先〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業後など現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　歴 | 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |
| 学　歴 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 職　歴 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 免許･資格 |  |  |  | 趣味・特技 |  | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機および将来の希望について |
| 本人希望記入欄（特に給料･職種･勤務時間･勤務地･その他についての希望などがあれば記入） |

記入上の注意　１：鉛筆以外の黒の筆記用具で記入。２：数字はアラビア数字で、文字は崩さず正確に書く。

独立行政法人地域医療機能推進機構　東京山手メディカルセンター