|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **履　歴　書** 　 年 　 月 　　 日 現在 | | 写真をはる位置   1. 縦　30～45㎜   横　25～35㎜   1. 本人単身胸から上 2. 画像形式不問 | |
| ふりがな | |
| 氏　　名 | |
| 生年月日　　　　年　　　　月　　　日生（満　　　才） | ※ 男 ・ 女 |
|  | | |
| ふりがな | | 電話・電子メールアドレス | | |
| 現住所　〒 | |
| ふりがな | | 電話・電子メールアドレス | | |
| 連絡先　〒　　　　　　　　　　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学　歴　・　職　歴　（高等学校〜現在の勤務先まで） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学　歴　・　職　歴　（高等学校〜現在の勤務先まで） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

記入上の注意　　１．黒ボールペン記入ないし直接入力。　　２．数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。

　　　　　　　　３．※印のところは、該当するものを○で囲む。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免　許　・　資　格 | | |
|  |  | 医師免許（医籍登録番号　第　　　　　　　　　号） | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 志望の動機、特技、アピールポイントなど（任意） | | | 通勤時間（任意）  約　　　　時間　　　　分 | |
| 扶養家族（配偶者を除く）  人 | |
| 配偶者  ※ 有 ・ 無 | 配偶者の扶養義務  ※ 有 ・ 無 |
| 希望事項記入欄（特に給料・勤務時間・勤務地についての希望などがあれば記入） | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |