

能代厚生医療センター

(西暦) 年 月 日 記入

履歴書・身上書				
氏名・住所	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	(西暦) 年 月 日生(歳)		
	現住所	〒 -	TEL () -	携帯 - -
学歴	休暇中又は 帰省中連絡先	〒 -	TEL () -	
	連絡先区分 (該当を○印)	自宅・実家・その他()		
学歴	入学年月	卒業(見込)年月	学校名(高等学校から最終学歴まで)	在学年数
	年 月	年 月	高等学校 科	年
	年 月	年 月		年
	年 月	年 月		年
最終学歴の部活・サークル				
職歴	勤務年月	勤務先	職員・臨時	業務内容(具体的に)
	年 月 ~ 年 月		職・臨	
	年 月 ~ 年 月		職・臨	
国家認定資格	資格種別	資格取得年月	備考	
		年 月 取得・取得見込		
		年 月 取得・取得見込		
賞罰				

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm
※写真の裏に、氏名・生
年月日を記入の上、糊
付けしてください。

志望動機		
自己PR		
技能 (資格・免許等)	・普通自動車免許(有・無・取得予定)	
趣味・特技		
健康状態 (既往歴を含む)		
現在貸与中の 医師修学資金/奨学金	<input type="checkbox"/> 有	1)名称 初期研修中における就労義務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 無	2)名称 初期研修中における就労義務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注)

- ※ この履歴書・身上書は当院の採用試験以外の目的では使用しません。
- ※ 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取消すことがあります。
- ※ 用紙は、A3印刷のうえ記載をお願いします。