

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				男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日	(西暦) 年 月 日生(歳)			
	現住所	〒 —	TEL () —	携帯 — —	
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	
	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		
	年 月 ~ 年 月		職・臨		
国 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。

(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、A4印刷(2枚)のうえ記載をお願いします。

<p>志 望 動 機</p>		
<p>自 己 P R</p>		
<p>技 能 (資格・免許等)</p>	<p>・普通自動車免許(有・無・取得予定)</p>	
<p>趣 味・特 技</p>		
<p>健 康 状 態 (既往歴を含む)</p>		
<p>現在貸与中の 医師修学資金/奨学金</p>	<input type="checkbox"/> 有	<p>1)名称</p> <p>初期研修中における就労義務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>
	<input type="checkbox"/> 無	<p>2)名称</p> <p>初期研修中における就労義務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>