

履 歴 書

年 月 日現在

写真を貼る位置

1. 縦36mm～40mm
横24mm～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面に氏名記入

ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
ふりがな			電話
現住所〒			携帯
ふりがな			Mail
連絡先〒	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		電話

【 学 歴 】 (高校卒業以降の学歴については修業年限を記入 例:全日制3年)

年 月 日～年 月 日		制 年	卒業・中退・卒業見込
年 月 日～年 月 日		制 年	卒業・中退・卒業見込
年 月 日～年 月 日		制 年	卒業・中退・卒業見込
年 月 日～年 月 日		制 年	卒業・中退・卒業見込
年 月 日～年 月 日		制 年	卒業・中退・卒業見込

【 職 歴 】 (部署名、職位含む)

年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月
年 月 日～年 月 日		常勤・非常勤	年 ヶ月

【 免 許 ・ 資 格 】 (取得見込を含む)

年 月 日	取得・取得見込	年 月 日	取得・取得見込
年 月 日	取得・取得見込	年 月 日	取得・取得見込
年 月 日	取得・取得見込	年 月 日	取得・取得見込

通勤時間 約 時間 分	扶養家族数	配偶者	配偶者の扶養義務
最寄り駅 線 駅	(配偶者を除く) 人	有・無	有・無
希望する職種			
(志望の動機)	(自己PR)		

記入上の注意

- ①鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入する。
- ②日付は和暦で記入すること。

独立行政法人地域医療機能推進機構

東 京 城 東 病 院