

## 履 歷 書

令和      年      月      日 現在

|                                                                                                                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ふりがな                                                                                                                                                                              | 希望職種                                                      |
| 氏 名                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 |
| <input type="checkbox"/> 昭和                      年                      月                      日 生<br><input type="checkbox"/> 平成                      (満                      歳) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女     |

**写真を貼る位置**

1. 大きさ

縦 36mm～40mm

横 24mm～30mm

2. 6月以内撮影のもの

3. 単身正面、胸から上

|            |               |
|------------|---------------|
| ふりがな       | 電話番号          |
| 現 住 所<br>〒 | 様方 呼出<br>携帯電話 |

|         |
|---------|
| メールアドレス |
|---------|

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| ふりがな              | 電話番号          |
| 連 絡 先<br>〒        | 様方 呼出<br>携帯電話 |
| (現住所以外の連絡先があれば記入) |               |

| 元号 | 年 | 月 | 学歴・職歴 |
|----|---|---|-------|
|    |   |   |       |

| 元号 | 年 | 月 | 免許資格（医療・福祉関係のものを記載してください） |
|----|---|---|---------------------------|
|----|---|---|---------------------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|      |                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記入事項 | <p>1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。</p> <p>2 数字はアラビア数字で文字は崩さず正確に書いてください。</p> <p>3 □には、該当するものに『✓』してください。</p> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

印象に残った実習・臨床経験

趣味・特技などの自己PR（スポーツ・文化活動などを含む）

|      |                        |
|------|------------------------|
| 志望動機 | 本人希望記入欄<br>(従事したい診療科等) |
|------|------------------------|

|         |                            |                            |
|---------|----------------------------|----------------------------|
| 宿舎希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
|---------|----------------------------|----------------------------|

独立行政法人国立病院機構中国四国グループ作成