

履 歴 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
<input type="checkbox"/> 平成	(満	歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ふりがな			電話番号
現 住 所 〒			様方 呼出 携帯電話
メールアドレス			
ふりがな			電話番号
連 絡 先 〒 (現住所以外の連絡先があれば記入)			様方 呼出 携帯電話
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)

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

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 (従事したい診療科等)

宿舍希望の有無 <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

記入事項
1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。
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。
3 □には、該当するものに『✓』してください。