|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **履 歴 書** | | |  | | | 写真を貼る位置  　1.縦　40㎜    　　横　30㎜  　2.本人単身胸から上  　3.裏面にのりづけ |
| 年　　　月　　　日現在 | | |
| ふりがな | | | | | |  |
| 氏　　名 | | | | | |
| 生年 月日 | 昭和 平成 | 年　　　　月　　　日生（満　　　歳） | | | 男 ・ 女 |
| ふりがな | | | | | | TEL |
| 現 住 所　〒（　　　　　―　　　　　） | | | | | |
| Mail Address |
| ふりがな | | | |  | | TEL |
| 連 絡 先　〒（　　　　　―　　　　　） | | | | (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) | |
| Mail Address |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学　歴　・　職　歴 |
| Ｓ・Ｈ・R |  | 中学校卒業 |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
|  |  |  |
| 記入注意　　　　　1.鉛筆以外の黒の筆記具で記入。　　　　2.数字はアラビア文字で、文字はくずさず正確に書く。 | | |
| **大分市医師会立アルメイダ病院** | | |

氏　名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取得年 | 月 | 免許・資格等の名称 |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| Ｓ・Ｈ・R |  |  |
| その他特記すべき事項 | | |

|  |
| --- |
| 志望した理由 |

|  |
| --- |
| 趣味・特技・得意な学科など |

|  |
| --- |
| 本人希望記入欄  （特に診療科・宿舎・その他について希望があれば記入して下さい）　　　　　　　　希望試験日（　　　月　　　日） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通勤時間 | | 扶養家族（配偶者を除く） | 配偶者 | 配偶者の扶養義務 |
| 約　　　時間　　　分 | | 人 | ※　　有　・　無 | ※　　有　・　無 |
| 記入注意　　　　　1.鉛筆以外の黒の筆記具で記入。　　　　2.数字はアラビア文字で、文字はくずさず正確に書く。 | | | |
| **大分市医師会立アルメイダ病院** | | | |