

履 歴 書

〔社会医療法人財団白十字会 白十字病院〕

フリガナ				写真貼付 1. 縦40mm 2. 横30mm 3. 本人単身、胸から上 4. 撮影後3ヶ月以内
氏名	印			
生年月日	※ 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	性別	

フリガナ			
現住所	〒		
電話番号 (携帯)	- -	電話番号 (その他)	- -
連絡先住所	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) (様方)		

職 種	① 医療事務課	② 診療情報管理課
-----	---------	-----------

年	月	日	学歴・職歴・賞罰・その他免許、資格等(各項目別にまとめて記入すること)

年	月	日	資格・免許等(希望する職種に関係するものに限る)

- 記入上の注意
1. 文字は楷書、数字はアラビア数字で黒インクまたは青インクの筆記具を用いて、自筆で正確に記入してください。
 2. 氏名は、戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
 3. 学歴は高校から(義務教育課程以外の部分)記入してください。
 4. 年号は和暦で記載してください。
 5. ※ 印欄は該当するものを○で囲んでください。

氏名

1. 専門とする職業に対する考え方や姿勢をお書きください。

2. 白十字病院を志望する動機をお書きください。

3. あなた自身のPR(性格、特技、趣味、得意学科 等)をお書きください。

希望年収

万円

扶養家族(配偶者を除く)

配偶者

※ 有 無

配偶者の扶養義務

※ 有 無