埼玉県済生会加須病院

履 歴 書 ＊日付はすべて西暦でご記入ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記入日：西暦　　　　年　　　月　　　日 現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別　※ | 写真貼付  縦４㎝×横３㎝  応募前３か月以内に  撮影されたもの  （無帽・カラー写真） |
| 氏　名 |  | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日生　　（満　　　歳） | | | |
| 電話番号 | 携帯： | | 自宅： | |
| Ｅ－mail |  | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 緊急連絡先  （住所・氏名） | 〒　　　　－  氏名： | | | | |
| 初期臨床研修実施施設名 | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　学 | 卒　業 | 学　歴（高校卒業から記入してください） |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　職 | 退　職 | 職　歴 |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |
| 年　　月 | 年　　月 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 取得年月 | | 資格・免許等（取得見込も記入してください） | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 氏　名 | |  | ＊2枚綴りの為、再度  記入してください | |

|  |
| --- |
| 当院への志望理由（具体的に） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 自己PR |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 趣味・特技 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 長所・短所 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康状態 | （既往歴・現病歴） | | | | | |
| 扶養家族（配偶者を除く）　　　　　人 | | | 配偶者　※　有 ・ 無 | | 配偶者の扶養義務　※ 有 ・ 無 | |
| 家族構成（＊任意）  ＊未記入でも不利益はありません。 | 続柄 | 職業 | | 続柄 | | 職業 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |

注1）枠内に書ききれない項目があれば別紙作成し提出してください。　　　注２）※印の欄は○で囲むこと

受理日：西暦　　　　年　　　月　　　日