

※受験番号 _____

庄原赤十字病院

履 歴 書

令和 年 月 日現在

| | | | |
|-------------|---------|------|---|
| 職 種 | | | |
| ふりがな | | | 証明写真 貼付 3 cm × 4 cm ※裏面に氏名と生年 月日を記入の上、 しっかりと糊付け してください。 |
| 氏 名 | | 男・女 | |
| 生年月日 | (S・H)年 | 月 日生 | |
| ふりがな | | | 電話 - - |
| 現住所 | 〒 - | | 携帯電話番号 - - |
| 緊急時の 連絡先 | 住所 | 〒 - | 電話 - - |
| | 氏名 | | 本人との関係 |

- 注；1) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。
 2) 該当事項を○で囲むこと。
 3) ※欄は記入しないこと。

| | 修 業 期 間 | 学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名 |
|----------------|----------|-------------------|
| 学 歴 | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |

注；学歴については中学校から記入のこと。

| | 職 務 期 間 | 勤 務 先 名 等 |
|----------------|----------|-----------|
| 職 歴 | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |
| | 年 月～ 年 月 | |

| | 取得（見込）年月日 | 免許番号 | 免許・検定その他資格名 |
|---|-----------|------|-------------|
| 免 許 ・ 資 格 ・ 検 定 等 | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |

注；TOEIC・TOEFL等の語学に関することも含め、それ以外についても保持する免許・資格等は
 全て記入すること。（取得見込みのものについても記入のこと）
 ※記入しきれない場合は、別紙に記入し当履歴書に添付すること。

| |
|---------------------------------------|
| 志望動機 |
| スポーツ・クラブ活動・文化活動・ボランティア・社会活動等の体験から得たもの |
| 得意学科 |
| 趣味・特技 |
| 私の長所・特徴 |
| 私の短所 |