

* *

履歴書

年 月 日現在

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男
氏名			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 (-)	電話	() -
		携帯 アドレス	- -
休暇中又は 帰省中の 連絡先	〒 (-) (様方) ※受験票などの送付をこちらの住所へ (<input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない)	電話	() -

(写真)
縦4cm×横3cm
写真の裏面に
氏名を必ず記入
してください。

元号	年	月	学歴 (高等学校卒業から記入してください。)

元号	年	月	職 歴	退職年月	実勤務期間
					年 ヶ月

- 注意事項
- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。
 - 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書いてください。
 - には、該当するところに✓を記入してください。
 - ※印のところは記入不要です。

履歴書に記入された個人情報、地方独立行政法人府中市病院機構個人情報保護規程に従い、適正に取り扱います。

氏名	
----	--

年	月	免許・資格取得区分	免許・資格名
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込	

志望の動機

得意な科目・分野・研究課題

趣味・スポーツなど	性格の長所

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族（配偶者を除く。）
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人

本人希望記入欄（特に給料・職種・配属部署・勤務時間・その他についての希望などがあれば記入してください。）

保護者（本人が未成年の場合のみ記入してください。）	電話（ ） -
ふりがな	（ 方呼出）
氏名	住所 〒（ - ）

※法人記入欄

