

履 歴 書

令和 年 月 日 現在

| | | | | |
|--|---|---|-------|---|
| ふりがな | | | | 希望職種 |
| 氏 名 | | | | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 |
| <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳) | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| ふりがな | | | 電話番号 | |
| 現 住 所 | | | 様方 呼出 | |
| 〒 | | | 携帯電話 | |
| ふりがな | | | 電話番号 | |
| 連 絡 先 | | | 様方 呼出 | |
| (現住所以外の連絡先があれば記入) | | | 〒 | |
| 電話番号 | | | 携帯電話 | |
| 元号 | 年 | 月 | 日 | 学歴・職歴 |
| | | | | |
| 元号 | 年 | 月 | 日 | 免許資格（医療・福祉関係のものを記載してください） |
| | | | | |

写真を貼る位置
 1. 大きさ
 縦 36mm～40mm
 横 24mm～30mm
 2. 6月以内撮影のもの
 3. 単身正面、胸から上

印象に残った実習・臨床経験

趣味・特技などの自己PR（スポーツ・文化活動などを含む）

| | |
|-------------|------------------------|
| 第1希望病院の志望動機 | 本人希望記入欄 (従事したい診療科等) |
| | |

| | |
|--|---|
| 第1希望病院名 | 注) 第1希望病院は中国四国グループ募集要項の病院一覧から病院名をご記入ください。 第2・第3希望がある方は、ご記入ください。 なお、中国四国グループ以外の国立病院機構の病院も記入可能です。 |
| 第2希望病院名 | |
| 第3希望病院名 | |
| 上記病院で内定に至らない場合、他の病院からの選考採用試験（面接のみ）の案内を希望しますか | <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません |

有
 無

記入事項
 1 手書きの場合は、鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。
 2 また、手書きの場合、数字はアラビア数字で文字は崩さず正確に書いてください。
 3 □には、該当するものに『✓』してください。