

受験番号 \_\_\_\_\_

# 履 歴 書

年 月 日現在

職 種	薬剤師（免許有・取得予定）※ ○をしてください		
ふりがな			男・女
氏 名			
生年月日	19 (S・H )年	月	日生 満 歳
ふりがな			電話
現住所	〒 -		携帯電話番号
受験票送付先	〒 -		
緊急時の 連絡先	住所	〒 -	電話
	氏名		本人との関係

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。

- 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。

	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	

免許・検定等	取得（見込）年月日	免許番号	免許・検定その他資格名
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

志望動機
ボランティア・社会活動等
得意学科
特技・趣味
私の長所・特徴
私の短所
勤務希望等

【勤務希望施設欄】希望優先順位を記載のこと。

広島赤十字・原爆病院	庄原赤十字病院	中四国ブロック血液センター	いずれでも可