

※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			
生年月日	19 (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	住所	〒 -	電話
連絡先	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