

*応募職種	・ 主任薬剤師	整理 番号	※記入不要
	・ 主任作業療法士		

履 歴 書 ・ 自 己 紹 介 書

令和 年 月 日現在

写真貼付

1. 縦40mm
2. 横30mm
3. 本人単身、
胸から上
4. 脱帽

ふりがな		性 別	
氏 名			
生年月日	* 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
現 住 所	〒		電 話 番 号
	最寄り駅()		携帯
メールアドレス			日中連絡が取れる連絡先
上記以外 の連絡先 (実家等)	〒		電 話 番 号
	最寄り駅()		

年 月	学 歴 (卒業学校名・学部・学科等[高等学校卒業より記入])

就職年月	退職年月	職 歴

取得年月	免 許 ・ 資 格	取得年月	免 許 ・ 資 格

氏名	
----	--

■研究課題または得意分野		
■趣味・スポーツ		
■専門とする職業に対する考え方		
■志望の動機		
■本人PR記入欄		
■健康の状況(現在の状況)		■就職が可能な時期について 令和 年 月より可能
■扶養家族(配偶者を除く) : 名	■配偶者 : * 有・無	■配偶者の扶養義務 : * 有・無
■就職を希望する地域について 選考結果により名簿登載者を決定し、名簿順に管内病院に採用されることとなりますが、やむを得ない事情があり、特定の地域を希望する場合は該当する都道府県の□にチェックし、その理由を記載してください。		
<input type="checkbox"/> 茨城県 <input type="checkbox"/> 栃木県 <input type="checkbox"/> 群馬県 <input type="checkbox"/> 埼玉県 <input type="checkbox"/> 千葉県 <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 新潟県 <input type="checkbox"/> 山梨県 <input type="checkbox"/> 長野県 <input type="checkbox"/> 特定の病院を希望 (病院名: _____)		
理由 (_____)		

■ 履歴書・自己紹介書 記入上の注意等

1. 履歴書・自己紹介書はA4・両面印刷にて出力のうえ、記入してください。
2. 整理番号欄は当グループにて記載するため記入は不要です。
3. *印欄(「応募職種」・「生年月日」・「配偶者」・「配偶者の扶養義務」)は該当するものを○で囲んでください。
4. 「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。
5. 文字は楷書、数字はアラビア数字を用いて自筆で正確に記入してください。
6. 氏名は戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
7. 学歴は高等学校卒業から記入してください。
8. 年号は和暦で記入してください。
9. 適性試験の案内を送信しますので、メールアドレスについても必ず記入してください。
10. 提出いただく個人情報につきましては、今回の採用試験に関すること、及び採用時の事務手続きにかかる人事情報管理に関するものみに利用させていただきます。