*応募職種	・ 主任薬剤師	整理番号	※記入不要

履 歴 書 ・ 自 己 紹 介 書

令和　　年　　月　　日現在

写真貼付

1. 縦40㎜
2. 横30㎜
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	〒 最寄り駅（　　）	電話番号 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）	〒 最寄り駅（　　）	電話番号

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になりますが、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。

□ 茨城県　□ 栃木県　□ 群馬県　□ 埼玉県　□ 千葉県

□ 東京都　□ 神奈川県　□ 新潟県　□ 山梨県　□ 長野県

□ 特定の病院を希望

（病院名：　　）

理由（　　）