

# 履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	※性別
ふりがな		
現住所	〒 メールアドレス: TEL:	
緊急時の連絡先	住所	〒 TEL

(全面のり付け)  
写 真  
  
(無帽、上半身  
3ヵ月以内に  
撮影のもの)  
  
縦4cm×横3cm

修業期間	学 歴 (学校・学部・学科名)
～	
～	
～	
～	
～	
～	
～	

職務期間	勤務先名等
～	
～	
～	
～	
～	

石巻赤十字病院

記入上の注意

1. ※印欄への記入は任意です。未記入でも構いません。
2. 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してください。
3. 職歴には、週の労働時間計が38時間45分よりも短い勤務（パート、アルバイト等）は含みません。

賞罰等	
-----	--

免許・検定・資格等	取得年月日	免許・検定・資格の内容

志望の動機、特技、好きな学科、アピールポイントなど

本人希望記入欄（勤務する上での希望などがあれば記入）

受験方法の希望	当院での実習の有無
対面希望 ・ WEB希望	有 ・ 無