

小川赤十字病院 職員採用試験履歴書

提出日	令和 年 月 日		写 真 縦4cm×横3cm ・6ヶ月以内に撮影したもの ・裏面に氏名を記入し のり付けてください
ふりがな		性 別	
氏 名		(任意記入)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		

現住所	ふりがな
	〒
	自宅TEL 携帯TEL
	E-mail
連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)
	〒 TEL

[illegible]

記入上の注意 ※印の欄を除き、必ず黒インク又はボールペンで、正確かつ明瞭に記入し、該当箇所を○で囲んでください。

年（和暦）	月	免許・検定・資格等取得年月日

この職種を志望した理由

小川赤十字病院を志望した理由

自己PR

趣味・特技・スポーツ・文化活動等

本人希望記入欄

健康状況・既往歴

通勤時間

約

時間

分

扶養家族数（配偶者を除く）

人

配偶者の有無

有

・

無

配偶者の扶養義務

有

・

無

書類の扱いについて ※採用に関して提出いただいた履歴書、資格書の写し等は採用の如何に関わらず返却しないものとします。本履歴書の提出をもって同意したものとします。

職歴						
職務期間				勤務先名称	職種・職務内容等	
和暦	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	