整理番号	※

履 歴 書 ・ 自 己 紹 介 書

平成　　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		＊ 男 ・ 女	
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	自宅
メールアドレス			携帯
上記以外の連絡先（実家等）	〒 最寄り駅（　　）	電 話 番 号	

職　種	・薬剤師　・診療放射線技師　・臨床検査技師　・管理栄養士　・理学療法士　・作業療法士　・言語聴覚士

【学歴】

年　月		学　　歴　（卒業学校名・学部・学科等〔高等学校卒業より記入〕）
病院実習施設名		

【職歴】

就職年月		退職年月		職　　歴

【免許・資格】

取得年月		免　許　・　資　格	取得年月		免　許　・　資　格

【記入上の注意】
1. 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。
2. 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。
3. 学歴は高校から記入してください。
4. 年号は和暦で記入してください。
5. ＊印欄は該当するものを〇で囲んでください。

氏　名	

■研究課題または得意な科目

■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 平成　　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

■勤務先は関東16病院のいずれかとなります

・うつのみや病院　・群馬中央病院　・さいたま北部医療センター

・埼玉メディカルセンター　・千葉病院　・船橋中央病院　・東京高輪病院

・東京新宿メディカルセンター　・東京山手メディカルセンター　・東京城東病院

・東京蒲田医療センター　・横浜中央病院　・横浜保土ケ谷中央病院

・相模野病院　・湯河原病院　・山梨病院

※　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ことのみに利用させていただきます。

独立行政法人　地域医療機能推進機構　関東地区事務所