

受理年月日 令和 年 月 日
 受験番号

履 歴 書

(年 月 日現在)

希望する病院	1. 木曾川市民病院		
受験する職種	採用希望時期 年 月採用		
ふりがな			性別※
氏名			写真添付
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
ふりがな			
現住所	〒		
ふりがな			連絡先
上記以外連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		電話 () -
			携帯電話 () -
メールアドレス	@		
学 歴 (高等学校入学より)			
学 校 名	学部・学科(専攻)名	在 学 期 間	
高等学校		年 月 入学 年 月 卒業	
		年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
		年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
		年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
職 歴			
勤 務 先	期 間		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		

※性別欄のご記入は任意です

※受験資格に必要とされているものは必須

資格・免許等の名称	取得(見込)年月日	免許(資格)番号
	年 月 日 取得・見込	
	年 月 日 取得・見込	
	年 月 日 取得・見込	
	年 月 日 取得・見込	

志望の動機(必ず記入してください)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

自己PR

.....

.....

.....

.....

.....

趣味・特技

.....

その他

健康状況 ()

通勤方法 ()

下記の事項をご確認の上、署名してください。

私は、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。また、この履歴書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

署名

(自筆に限る。)