

事務職 (様式1号②)	区分	事務一般 (実務経験者)
----------------	----	-----------------

受験番号	
------	--

履 歴 書 ・ 身 上 書				
年 月 日 記入				
氏名・大学名・住所	(ふりがな)			
	氏名	①		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	大学名	大学	学部	学科・専攻
	現住所	〒	Tel () -	
			携帯 - -	
	休暇中又は 帰省中連絡先	〒	Tel () -	
連絡先区分 (該当を○印)	自宅 ・ 実家 ・ その他 ()			
学歴	入学年月日	卒業(見込)年月	学校名 (高等学校～在学大学までご記入下さい)	在学年数
	年 月	年 月		年
	年 月	年 月		年
	年 月	年 月		年
職歴	就職年月	退職年月	勤務先・所在地	業務内容
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
	年 月	年 月		
医療福祉関係 認定資格	資格種別	資格取得年月	備考	
		年 月 取得 ・ 取得見込		
		年 月 取得 ・ 取得見込		
		年 月 取得 ・ 取得見込		

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm

※写真の裏には、
氏名・生年月日を
記入の上、糊付け
してください。

扶養家族数	配偶者の有無	配偶者の扶養義務
人	有 ・ 無	有 ・ 無

技能 (資格・免許等)	・普通自動車免許(有・無・取得予定) TOEICまたはTOEFL(○印): 点(年)
趣味・特技	
医療情勢で 関心をもっている事	
自分の長所・短所を 踏まえた自己PR	
志望の動機	
実務経験を活かして 当会で取り組みたいこと	

- (注) 1. 記入は本人自筆のこと。黒インク又は黒ボールペン記入にて、楷書体で明瞭に記載ください。
2. 用紙は、A3版印刷かA3拡大コピー後に記載ください。
3. 連絡先は、本人の現住所以外で確実に連絡のとれる実家等を記載のこと。
4. 医療福祉関係資格欄には、令和4年3月末までに診療情報管理士の認定資格を取得または取得見込みの方は記載ください。
5. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取消しすることがあります。
6. 記載日・学歴・資格取得日等の記載にあたっては西暦を使用して記載すること。