

(2024 年度実施)

前橋赤十字病院採用試験 履歴書(申込書)

記入日 西暦 年 月 日

※受験番号 一般(二) -	医師事務サポート課・診療情報管理室	※のり付けしてください 写 真 〔 無帽・上半身 3か月以内に撮影のもの 裏面に氏名記入 〕 3×4cm以上 4×5cm以内
------------------	-------------------	--

ふりがな			男・女
氏 名	Ⓜ		女
生 年 月 日	西 暦	年 月 日	生 (満 歳)
ふりがな			
現 住 所	〒 () 携帯電話 ()		
ふりがな			連絡先メールアドレス
書類送付先 (注)	〒		

(注) 書類送付先は、現住所と違う住所に送付してほしい場合に記入すること

学 歴	修 業 期 間 (西暦)	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
	年 月 ~ 年 月	(高校) 卒業
年 月 ~ 年 月	卒業 卒業予定	
年 月 ~ 年 月	卒業 卒業予定	
年 月 ~ 年 月	卒業 卒業予定	
年 月 ~ 年 月	卒業 卒業予定	

(注) 学歴は卒業予定の学校・学部・学科名も記入すること。

職 歴	勤 務 期 間 (西暦)	勤 務 先 名	職 種	雇 用 形 態
	年 月 ~ 年 月			正 規 非 正 規 (フルタイム・その他)
年 月 ~ 年 月			正 規 非 正 規 (フルタイム・その他)	
年 月 ~ 年 月			正 規 非 正 規 (フルタイム・その他)	
年 月 ~ 年 月			正 規 非 正 規 (フルタイム・その他)	
年 月 ~ 年 月			正 規 非 正 規 (フルタイム・その他)	

(注) 1. ※の欄は記入しないこと。 2. 職歴にアルバイトは含まない。

(2024 年度実施)

氏名： _____

免許・検定・資格等	取得(見込)年月日	免許・検定・資格の内容
	年 月 日	取得 取得予定
	年 月 日	取得 取得予定
	年 月 日	取得 取得予定
	年 月 日	取得 取得予定
	年 月 日	取得 取得予定
	年 月 日	取得 取得予定

(注) 同一の資格は上位のみを記入すること。取得予定の資格についても記入すること。該当事項を○印で囲むこと。

趣味
クラブ活動・スポーツ・文化活動等
自覚している性格
志望の動機

通勤方法(予定)	車 ・ 徒歩 ・ 自転車又はバイク ・ その他 ()		
配偶者	有 ・ 無	配偶者の扶養義務	有 ・ 無
		扶養家族 (配偶者を除く)	有 (人) ・ 無

※「配偶者の扶養義務」は、受験者が配偶者を扶養している(養う)場合は、有に○
※「扶養家族」とは、受験者が扶養している(養う)家族のこと