

青森県民主医療機関連合会

履 歴 書

年 月 日 現在

写真添付  
本人単身胸より上  
36～40mm×24～30mm

ふりがな			
氏 名		男 女	
生年月日		本籍	
西暦	年 月 日生	都道府県	
昭和・平成 ( )	(満 歳)		
〒 ー ー 現住所			電話番号
〒 ー ー 連絡先			電話番号
携帯電話番号 ー ー ー			
メールアドレス ー @ ー			
年	月	学歴・職歴 (各別にまとめて記載)	
		高等学校 卒業	

年	月	免許・資格

《志望動機》

《自己アピール》

(特技)	(趣味)
(得意な学科)	(健康状態)

(長所)
(短所)

《家族状況》(同居・別居問わず貴方のご家族全員ご記入ください。但し本院除く)

氏名	続柄	年齢	同居・別居	職業および勤務先(学校名)
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	

《就職後の希望する科》

(第1希望)	_____
(第2希望)	_____
(第3希望)	_____

《その他》