

履 歴 書

明和会

年 月 日現在

フリガナ				性別	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 写真貼付欄 縦 40mm 横 30mm 上半身・正面向き </div>	
氏 名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	西暦	年	月	日		満 歳
現住所	〒 -			電話		- - 携帯
	メールアドレス			@		
連絡先	〒 -			※現住所以外に連絡を希望する場合に記入		
	電話			- -	携帯	- -
学歴	学校名	学部（学科）名	在学期間	区分		
※高等学校から記入			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）見込	
			年 月	<input type="checkbox"/>	中退	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）見込	
			年 月	<input type="checkbox"/>	中退	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）見込	
			年 月	<input type="checkbox"/>	中退	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）	
			年 月	<input type="checkbox"/>	卒業（修了）見込	
			年 月	<input type="checkbox"/>	中退	
職歴	勤務先			在職期間		
※欄が足りない場合は別紙をご使用ください				年	月	日
				年	～	日
				年	月	日
				年	～	日
資格免許	資格免許の種別			取得年月日		
※欄が足りない場合は別紙をご使用ください				年	月	日
				年	月	日
趣味・特技						
ボランティア活動						
長所・短所						
健康状態						
志望動機	※次の2点を含めて記入してください。 ①医療法人で働きたいと思う理由（実体験など） ②当法人で活かせると思う得意分野					
扶養家族（配偶者除く）	人	配偶者	有・無	（扶養義務 有・無）		

記入上の注意 1.ペン又は万年筆で記入 2.インキの色は黒又は青 3.楷書で記入 4.数字はアラビア数字
 ・電話連絡がつきにくい場合は電子メールでご連絡します。メール設定でmeiwakai.or.jpを受信許可に設定してください。
 ・すべて西暦で記入してください。