

# 履 歴 書

令和 年 月 日 現在

ふりがな				希望職種
氏 名				<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師
<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)				
ふりがな 現 住 所 〒			電話番号 様方 呼出 携帯電話	
ふりがな 連 絡 先 〒 (現住所以外の連絡先があれば記入)			電話番号 様方 呼出 携帯電話	
元号	年	月	日	学歴・職歴
元号	年	月	日	免許資格 (医療・福祉関係のものを記載してください)

写真を貼る位置  
1. 大きさ  
縦 36mm～40mm  
横 24mm～30mm  
2. 6月以内撮影のもの  
3. 単身正面、胸から上

印象に残った実習・臨床経験	
趣味・特技などの自己PR (スポーツ・文化活動などを含む)	
第1希望病院の志望動機	本人希望記入欄 (従事したい診療科等)

第1希望病院名	注) 第1希望病院は中国四国グループ募集要項の病院一覧から病院名をご記入ください。 第2・第3希望がある方は、ご記入ください。 なお、中国四国グループ以外の国立病院機構の病院も記入可能です。
第2希望病院名	
第3希望病院名	
上記病院で内定に至らない場合、他の病院からの選考採用試験 (面接のみ) の案内を希望しますか	
<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	

宿舎希望の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	---	----------------------------

記入事項 1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入してください。  
2 数字はアラビア数字で文字は崩さず正確に書いてください。  
3 □には、該当するものに『✓』してください。