**履　歴　書**　　　　　　　　　　　　　　年　　 月　　日現在

写真をはる位置

1. 縦　36～40mm

　 横　24～30mm

2. 本人単身胸から上

3. 裏面のりづけ

|  |
| --- |
| **ふりがな** |
| **氏　名** |
| **アルファベット表記　　姓：　　　　　　　　　　　　名：** |
| **年　　　月　　　日生（満　　　歳）** | ※ 男 ・ 女 |
| **ふりがな** | **TEL** |
| **現住所　〒** |  |
|  |
| **ふりがな** | **TEL** |
| **連絡先　〒** | FAX |
| E-mail |

　　※連絡先は、面接や採否の通知の送り先、連絡の取れる電話番号等を記載してください。

　　※アルファベット表記は、頭文字のみ大文字としてください。例）榊󠄀原　太郎　/　Sakakibara Taro

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **年** | **月** | **学歴・職歴（各別にまとめて書く）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **年** | **月** | **免許・所属学会・認定医・専門医・指導医資格など****（所属学会の会員番号、認定医番号、専門医番号、指導医番号等と各取得年月日を記載してください）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **趣味・スポーツ・特技など** | **健康状態** |
| **志望の動機** |
| **本人希望記入欄** |
| **通勤時間**約　　　時間　　　分 | **配偶者**※　有　・　無 | **配偶者の扶養義務**※　有　・　無 | **扶養家族数**（配偶者を除く）人 |

※印のところは、該当するものを○で囲んでください。

**公益財団法人　榊󠄀原記念財団**

**附属　榊󠄀原記念病院**