

# 医療法人 弘遠会 履歴書・自己紹介書

西暦 年 月 日現在

ふりがな 氏名		応募職種	医師	薬剤師	看護師	介護福祉士
			療法士 ( PT ・ OT ・ ST	介護職		
生年月日 年 月 日生 (満 歳)		性別 男 女	配偶者の有無 有 無 扶養の有無 有 無		写真貼付 3.6cm×2.4cm 3ヶ月以内に撮影 したものに限り	
ふりがな 現住所						
(〒 - ) (電話 - - ) (携帯電話 - - ) (E-mail @ )						
ふりがな 連絡先住所 (現住所が下宿などの場合)				<メールアドレス登録 QRコード:		
(〒 - )				採用に関するご連絡をメールにてさせていただきます。 右記URL又はQRコードよりメールアドレスのご登録をお願い致します。 URL: <a href="https://form.run/@kouenkai-jinjiromu">https://form.run/@kouenkai-jinjiromu</a>		
交通機関	通勤時間 時間 分	勤務希望	・正職員 ・パート職員 (勤務希望時間 )			

学歴	学校名	学部	学科	期間	卒業・中退 卒業見込みの別
		中学校			自 年 月 至 年 月
				自 年 月 至 年 月	
				自 年 月 至 年 月	
				自 年 月 至 年 月	
				自 年 月 至 年 月	
				自 年 月 至 年 月	

職歴	勤務先(部課)	従事した職種・身分	従事した勤務内容	期間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間
				自 年 月 日 至 年 月 日 年 ヶ月間

- 記入上の注意
- ※ 黒のボールペン、又はペン、PC等を使って、楷書で必ず本人が記入してください。
  - ※ 学歴欄、職歴欄は、初任給決定に使用するため、空白の期間が生じないように記入ください。
  - ※ 自営・無職などの期間に関しても記入してください。
  - ※ 職種身分欄に関しては、職種と正規・臨時等の身分も記入してください。
  - ※ 空欄がないように記入してください。

