履　　歴　　書

年　　月　　日現在

写真を貼る 縦　36～40㎜ 横　24～30㎜ 本人単身 胸から上	ふりがな	性　別
	氏名	男　女
	生年月日 年　　月　　日　生　　（満　　才）	

ふりがな	電話
現住所　〒	
ふりがな	電話
連絡先　〒　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	

年号	年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

年号	年	月	免許・資格等	

特技・好きな学科など	扶養家族数（配偶者を除く）	
	人	
	配偶者	配偶者の扶養義務
	有　　無	有　　無

志望動機

配属部署希望

（第１希望）　　（第２希望）　　（第３希望）

自己PR欄

２枚目　氏名：

社会医療法人財団　池友会
福 岡 和 白 病 院