

*受験番号：

年 月 日

大阪府済生会千里病院 院長 様

履 歴 書

写真貼付

上半身、脱帽、正面
向で、半年以内に撮
影したもの
(縦4.0cm×横3.5cm)

ふりがな	
氏 名	
生年月日	男・女
年 月 日 (満 歳)	

ふりがな
現住所 〒 - 自宅 () 携帯 ()
Eメールアドレス @ ※必須
ふりがな
結果通知等発送先(現住所と同じ場合は記入不要)
〒 -

年 (西暦)	年 (和暦)	月	学歴 (学歴は高等学校入学から記載)・職歴 (常勤・非常勤を記載)

免許 資格	
休職 期間	※経験加算に使用するため、職歴のうち産前産後休暇・育児休業・介護休業等の休職期間を記入
勤務開始 希望日	年 月 日 勤務開始希望

記入上の注意：1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入、2. 文字はくずさず正確に書く、3. *欄は記入しない、4. 学歴・職歴の欄が足りない場合は、複数枚利用可、5. ホッチキス等で留めない事、6. 両面印刷は不可

1. 志望動機

2. 自己PR

3. 受験希望日

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ① | 年 | 月 | 日 |
| ② | 年 | 月 | 日 |
| ③ | 年 | 月 | 日 |

《参考質問》

当院の受験は、(併願 ・ 専願) である。※専願とは当院のみ受験、或いは当院が第一希望であること