独立行政法人地域医療機能推進機構

埼玉メディカルセンター

履 歴 書 　※日付はすべて西暦でご記入ください

**□新卒　□既卒（該当に☑）** （　　　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 写真貼付４×３㎝撮影後３か月以内 |
| 氏　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日生（満　　　　　歳） |
| 電話番号 | 携帯： | 自宅： |
| 住　所 | ふりがな |
| 〒 |
| 当院までの所要時間　約　　　　　分 |
| E-mail |  |
| 配偶者　有・無 | 配偶者の扶養義務　　有・無 | 扶養家族（配偶者を除く）　　人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **入　学** | **卒　業** | **学　歴（※高校入学より記入してください）** |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |
| 　　　　年　　月 | 　　　　年　　月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 取得年月 | 資格・免許等（※取得見込も記入してください） |
| 　　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月 |  |
| 　　　年　　月 |  |

注１）次頁も提出してください。　　注２）枠内に書ききれない項目があれば別紙作成し提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | ※２枚綴りの為再度記入してください |

|  |
| --- |
| 当院への志望理由 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 自己PR（学生生活や仕事の中で得たことなどからお書きください） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 趣味・特技（学業や仕事以外のことで好きなことや得意なことをお書きください） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自己評価 | （※該当欄に〇） |
| （項目） | （具体的内容） | 特に良い | 良い | 普通 | やや劣る | 劣る |
| 自主性・積極性 | 必要な知識やスキルを自ら学び、業務に取り組む意欲がある。 |  |  |  |  |  |
| マナー・礼節 | 対人関係において節度のある態度や言葉で対応できる。 |  |  |  |  |  |
| コミュニケーション力 | 患者や同僚からの質問等に分かりやすく答えることができる。 |  |  |  |  |  |
| 理解力・判断力 | 自分に求められている行動や回答をすばやく理解できる。 |  |  |  |  |  |
| 協調性 | グループ全体の都合や、人の意見を尊重することができる。 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康状態（※該当に☑） | □健康　□おおむね健康　□健康に自信がない | □現在通院中　□現在通院していない |
| 健康について特記事項があれば記載 |