

履 歴 書

記入欄が足りない場合は、コピーして記入してください。

フリガナ	フクオカ ハナコ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	福岡 花子	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭平 53年 5月 1日
現住所	(〒 810 - 0001) 福岡市中央区天神1-8-1		
電話番号	092-711-4271	E-mail	byoin.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

写真貼付

- ・申込前6月以内に撮影した上半身・正面脱帽のもの
- ・縦4cm×横3cm
- ・裏面に氏名を記入して、のり付けしてください。

(平成 年 月撮影)

学歴	期間	学校名	制度	就学区分
<input checked="" type="radio"/> 昭平	6年 4月～ <input checked="" type="radio"/> 昭平 9年 3月	〇〇県立〇〇高等学校 普通科	3年制	<input checked="" type="radio"/> 卒見込 年 終了中退
<input checked="" type="radio"/> 昭平	9年 4月～ <input checked="" type="radio"/> 昭平 15年 3月	〇〇大学医学部医学科	6年制	<input checked="" type="radio"/> 卒見込 年 終了中退
<input type="radio"/> 昭平	年 月～ <input type="radio"/> 昭平 年 月		年制	<input type="radio"/> 卒見込 年 終了中退
<input type="radio"/> 昭平	年 月～ <input type="radio"/> 昭平 年 月		年制	<input type="radio"/> 卒見込 年 終了中退

学歴は高等学校以降の学歴を記入してください。(学部、学科も記入)

(注) 1. 学歴は高等学校以降の学歴を記入してください。  
2. 短期大学、大学、大学院等については学部・学科まで、専門学校等は専攻科まで記入して下さい。

職歴	期間	勤務先	従事内容
	自15年 4月 1日 至17年 7月 31日	〇〇大学病院〇〇科	研修医
	自17年 8月 1日 至17年 8月 31日	〇〇病院〇〇科	研修医
	自17年 9月 1日 至17年 9月 15日	無職	
	自17年 9月 16日 至18年 2月 28日	〇〇大学病院〇〇科	医員
	自18年 3月 1日 至18年 3月 31日	無職	
	自18年 4月 1日 至26年 12月 31日	〇〇病院〇〇科	医員
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		

職歴が全くない場合は「職歴なし」と記入してください。(その期間も必ず記入)

(注) 1. 従事内容は、本人が実際に従事した仕事内容(例：初期研修医、内科医等)を記入して下さい。  
また、職歴がない場合は「職歴なし」と記入して下さい。  
2. 欄が足りない場合は、本紙をコピーして記入して下さい。

免許・資格	免許・資格名	登録番号	取得年月	取得区分
	普通自動車運転免許	No. 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 昭平 17年 4月	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 有(A/T限定) <input type="checkbox"/> A・ハ・トラハ <input type="checkbox"/> 無
	医師免許	No. 〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 昭平 15年 5月	<input checked="" type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		No.	<input type="radio"/> 昭平 年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		No.	<input type="radio"/> 昭平 年 月	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込

本書に記載した事項は、正確であり且つ真実であることを誓います。

平成 年 月 日  
※記入日

氏名(自筆)

福岡 花子

