

# 履 歴 書

\*日付はすべて西暦でご記入ください

注1) 枠内に書ききれない項目があれば別紙（形式自由）作成し提出してください。 注2) ※印の欄は○で囲むこと

記入日：西暦 年 月 日 現在

ふりがな			性 別 ※ (任意)	写真貼付 縦4cm×横3cm 応募前3か月以内に 撮影されたもの (無帽・カラー写真)
氏 名			男 ・ 女	
生年月日	西暦	年 月 日生	(満 歳)	
電話番号	携帯：	自宅：		
E-mail				
ふりがな				
現住所	〒 -			
ふりがな				
緊急連絡先 (帰省先)	〒 -			
住所・氏名	氏名：	本人との関係：		

学 歴	入 学	卒 業	学校名・学部名等 (高校卒業から記入してください)
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
職 歴	入 職	退 職	勤務先名等
	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	

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（具体的に）		
現在考えている将来像は何ですか。		
自己PR		
長所		
短所		
趣味・特技		
アルバイト経験（有・無） ボランティア経験（有・無）		
内容（有と答えた方）		
当院の他に病院見学へ行った医療機関名		
1.	2.	3.
地域枠での入学 ※	該当する ・ 該当しない	「該当する」の方、従事要件の内容を記入
奨学金の利用 ※	有 ・ 無	「有」の方、奨学金の制度名・従事要件を記入
健康状態	(既往歴・現病歴)	

【面接試験受験日希望調査】下記の日程で面接試験を実施します。(いずれも午後から)

\*□に 第1希望 ① 第2希望 ② 第3希望 ③ を記入してください。

	2026/8/3(月)		2026/8/5(水)		2026/8/13(木)
	2026/8/17(月)		2026/8/27(木)		2026/9/4(金)

\*日程については、書類選考後、個別に連絡いたします。

\*選考過程の公平性を高めるため、面接の様態を背後から録画させていただきます。

録画した映像は、選考終了後には削除し、第三者へ提供することは一切ありません。

受理日

西暦 年 月 日

埼玉県済生会加須病院