

履 歷 書

年 月 日現在

ふりがな	
氏 名	
年 月 日生 (満 歳)	※ 男 ・ 女

ふりがな
現住所 〒

ふりがな
連絡先 〒

写真をはる位置

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

TEL
TEL
FAX
E-mail (必須)

連絡先は、面接や採否の通知の送り先、連絡の取れる電話番号等を記載してください。

[illegible][illegible]

長所・短所			
趣味・スポーツ・特技など			
榊原記念病院を志望した動機			
希望欄（勤務時間や勤務体制など）			
通勤時間 約 時間 分	配偶者 ※ 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ 無	扶養家族数 (配偶者を除く)

※印のところは、該当するものを○で囲んでください。

公益財団法人榑原記念財団
附属 榑原記念病院