【　薬剤師　】

履　　歴　　書

平成　　年　　月　　日現在

ふりがな	※性 別	※本籍地
氏　　名　　㊞	男・女	都 道 府 県
生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳）		

写真貼付欄

縦 4cm×横 3cm
本人単身・脱帽
胸から上

ふりがな	連絡先電話番号
現 住 所　（〒　　－　　）	（自宅） （携帯）
現住所以外に連絡の取れる場所（現住所以外に連絡を希望する場合のみに記入） （〒　　－　　）　（※実家・その他　　様方）	（電話）

（元号）年	月	日	学歴　職歴　賞罰　資格／免許（医療･福祉関係）など各項目別に記入

記入上の注意　１．文字は楷書、数字はアラビア数字を用いて自筆で正確に記入してください。
２．氏名は戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
３．学歴は高校から記入してください。
４．※印のところは該当するものを〇で囲んでください。

（複写使用可、A4 両面印刷）

独立行政法人地域医療機能推進機構　東海北陸地区事務所

【　薬剤師　】

氏　名：

１．あなたが地域医療機能推進機構を志望する動機

２．病院で働く薬剤師という職業に対するあなたの考え方

３．あなたの特徴（性格、趣味、特技、得意科目等　自己ＰＲ）

４．勤務を希望する病院

下記（１）または（２）のうち、いずれかの□にレ点を付してください。

下記（２）を選択した場合は、希望する病院名の□にレ点を付してください。あわせて、希望する病院名を順に記入してください。

□（１）東海北陸地区内の病院ならばどこでも構いません。

□（２）できれば特定の病院を希望します。（複数選択可）

□高岡ふしき病院　□金沢病院　□福井勝山総合病院　□若狭高浜病院　□可児とうのう病院

□桜ヶ丘病院　□三島総合病院　□中京病院　□四日市羽津医療センター

第一希望病院	第二希望病院	第三希望病院

（複写使用可、A4 両面印刷）

独立行政法人地域医療機能推進機構　東海北陸地区事務所