

# 履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな	※性 別	※本籍地
氏 名 <span style="float:right">㊟</span>	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○で囲んでください。

(複写使用可、A4 両面印刷)

【 作業療法士 】

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. 病院で働く作業療法士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□にレ点を付けてください。  
 下記（2）を選択した場合は、希望する病院名の□にレ点を付けてください。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    可児とうとう病院
  - 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