

【管理栄養士（パートタイマー）】 履 歴 書（技術職経験者用）

平成 年 月 日 現在

|        |               |    |  |                     |
|--------|---------------|----|--|---------------------|
| ふりがな   |               |    |  | 写真貼付<br>縦 4cm×横 3cm |
| 氏名     | ⑨             |    |  |                     |
| 生年月日   | 昭・平 年 月 日（満）歳 | 性別 |  |                     |
| 電話番号   | 携帯 自宅         |    |  |                     |
| ふりがな   |               |    |  |                     |
| 現住所    | 〒             |    |  |                     |
| E-Mail | @             |    |  |                     |

| 学 歴       |      |  |  |  |
|-----------|------|--|--|--|
| 昭・平 年 月入学 | 高等学校 |  |  |  |
| 昭・平 年 月卒業 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月入学 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月卒業 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月入学 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月卒業 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月入学 |      |  |  |  |
| 昭・平 年 月卒業 |      |  |  |  |

| 職 歴（退職見込も記入） |         |  |      |              |              |  |
|--------------|---------|--|------|--------------|--------------|--|
| 期 間          |         |  | 勤務先名 | 職務内容(配属・所属等) | 雇用形態(常勤・契約等) |  |
| 自            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 至            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 自            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 至            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 自            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 至            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 自            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |
| 至            | 昭・平 年 月 |  |      |              |              |  |

氏名：

| 取得年月日   | 資格・免許の内容 |
|---------|----------|
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |
| 昭・平 年 月 |          |

■杏林大学医学部付属病院を志望する理由を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■自己 PR を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

|      |                |     |       |              |       |                 |   |
|------|----------------|-----|-------|--------------|-------|-----------------|---|
| 長所   |                |     | 短所    |              |       |                 |   |
| 趣味   |                |     | 特技    |              |       |                 |   |
| 健康状態 |                | 配偶者 | 有 ・ 無 | 配偶者の<br>扶養義務 | 有 ・ 無 | 扶養家族数<br>(除配偶者) | 人 |
|      | (障害者手帳<br>有・無) |     |       |              |       |                 |   |