履　　歴　　書

令和　　年　　月　　日現在

熊本大学病院

ふりがな 氏　　名	ここに写真を 貼って下さい
生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日生 （満　　才）	
ふりがな 現住所 〒 e-mail（携帯可）：	電話 携帯
ふりがな 連絡先 〒　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ） 方	電話 （　　方呼出）

年(和暦)	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

年	月	免許・資格（看護師・助産師・保健師等の取得見込も記載すること）

健康状況	□全く健康　□やや不健康　□不健康
趣味・特技	
スポーツ	
好きな科目	
志望の動機	
自己PR	
あなたが本院で貢献できること	

扶養家族数（配偶者を除く） 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無

白衣のサイズ	LL・L・M・S・SS	宿舎入居希望	有　・　無