

*受験番号：

年 月 日

大阪府済生会千里病院 院長 様

履 歴 書

写真貼付

上半身、脱帽、正面
向で、半年以内に撮
影したもの
(縦4.0cm×横3.5cm)

ふりがな	
氏 名	
生年月日	男・女
年 月 日 (満 歳)	

ふりがな	
現住所 〒 -	自宅 () 携帯 ()
Eメールアドレス @	※必須
ふりがな	
結果通知等発送先(現住所と同じ場合は記入不要)	
〒 -	

年 (西暦)	年 (和暦)	月	学歴(学歴は高等学校入学から記載)・職歴(常勤・非常勤を記載)

免許 資格	
休職 期間	※経験加算に使用するため、職歴のうち産前産後休暇・育児休業・介護休業等の休職期間を記入
勤務開始 希望日	年 月 日 勤務開始希望

記入上の注意：1. 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入、2. 文字はくずさず正確に書く、3. *欄は記入しない、4. 学歴・職歴の欄が足りない場合は、複数枚利用可、5. ホッチキス等で留めない事、6. 両面印刷は不可

1. 志望動機	
2. 自己 PR	
3. 受験希望日	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ※新卒の方は第3希望まで記載してください
4. 職員紹介制度利用	有 ・ 無 (職種) (氏名)
当院の受験は、(併願 ・ 専願) である。※専願とは当院のみ受験、或いは当院が第一希望であること	

※以下参考質問です。

I. これまで参加したことのある募集活動イベントについて、該当する事項に✓してください。

見学会・交流会 (年 月)

インターンシップ (年 月 部署 :)

個別見学 (年 月)

II. 配属部署希望の有無をお聞かせ下さい。

() 特に希望しない・・・いずれの部署でも可

() 希望する・・・下記希望欄の第1～第3希望に○を記入

第1希望	第2希望	第3希望	部 署	主な診療科等
			8階病棟 (SCU)	脳外科・救命救急の後方病棟
			7階病棟	循環器内科・呼吸器内科
			6階病棟	婦人科・乳腺外科・消化器内科
			5階病棟	消化器外科・泌尿器科・消化器内科
			4階病棟	整形外科・口腔外科
			救命救急 (救急病棟・ICU・初療)	
			中央手術室	
			総合外来 (一般外来、1次～2次救急外来、内視鏡・カテーテル治療)	