

受験番号 \_\_\_\_\_

広島赤十字・原爆病院

# 履 歴 書

年 月 日現在

職 種	※ 診療放射線技師（免許有・取得予定）○をしてください		
ふりがな		男・女	証明写真 貼付 3 cm × 4 cm ※裏面に氏名と生年月日を記入の上、 しっかりと糊付けしてください。
氏 名			
生年月日	西暦 (S・H )年 月 日生 満 歳		
ふりがな		電話	
現住所	〒 -	携帯電話番号	
連絡先	〒 -	Email	
緊急時の 連絡先	住所	電話	
	氏名	本人との関係	

注；1) 緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。  
 2) 該当事項を○で囲むこと。

	修 業 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
学	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

注；学歴については中学校から記入のこと。

	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
職	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
歴	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

免許・検定等	取得（見込）年月日	免許番号	免許・検定その他資格名
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

志望動機
ボランティア・社会活動等
得意学科
特技・趣味
私の長所・特徴
私の短所
勤務希望等