

履 歴 書

令和 年 月 日現在

ふりがな		
氏名(自筆)		
生年月日	平成 昭和	年 月 日生 (満 歳)
		性別 男 ・ 女

写真貼付欄

4cm × 3cm

ふりがな	携帯電話
現住所 〒 ー	
ふりがな	電話
現住所以外に連絡を希望する場合の連絡先(実家など) 〒 ー	
メールアドレス	

年	月	学歴(高等学校以後) ・ 職歴
年	月	免許 ・ 資格 ・ 賞罰

志望動機(当院を選んだ理由)

得意な科目・研究課題

自分の性格

特技・趣味等

学生・社会人生活で得たもの

併願等の有無

有 ・ 無

通勤時間

移動手段 徒歩 分
 自家用車 で 福井大学医学部附属病院まで
 公共交通機関

扶養家族数(配偶者を除く)

人

配偶者の有無

有 ・ 無

配偶者の扶養義務

有 ・ 無

勤務可能年月日

☐ 令和 8年 4月 1日から
☐ 令和 年 月頃から

健康状態

配属先希望(募集時に指定があった場合のみ記入してください。)

①

②

③

A4サイズ2枚又はA3サイズ見開きして提出してください。