

フリガナ		生 年 月 日	性別
氏 名		昭和 年 月 日 平成 (満 才)	男・女
フリガナ			
現 住 所	〒 - (固定電話)	(携帯電話)	(E-mail)
フリガナ			
休暇中の 連絡先	〒 - (固定電話)		

写真添付  
 1.縦 40mm×横 30mm  
 2.本人単身胸から上  
 3.裏面のりづけ  
 4.裏面に名前を記載

**学歴・賞罰** ※学歴は高校から記入し、大学については学科・専攻・コースまでご記載ください

昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	
昭和・平成	年	月	

**職 歴** ※雇用形態・就業状況の該当に○をすること

自 昭和・平成	年	月		(雇用形態) 正社員・正社員以外
至 昭和・平成	年	月		(就業状況) 退職・退職見込
自 昭和・平成	年	月		(雇用形態) 正社員・正社員以外
至 昭和・平成	年	月		(就業状況) 退職・退職見込
自 昭和・平成	年	月		(雇用形態) 正社員・正社員以外
至 昭和・平成	年	月		(就業状況) 退職・退職見込

【免許・資格】

【志望動機】

【本学に入職後やりたい仕事、今後の将来像】

【セールスポイント】

【配属希望機関】 優先順位を「1・2・3・4」とご記入ください  
(必ず第四希望まで記入)

【配属希望部署】 優先順位を「1・2・3・4」とご記入ください  
(必ず第四希望まで記入)

機 関	希望順位	部 署	希望順位
本院・大学・法人 (東京都港区)		病院事務部門 (保険請求等医事業務)	
葛飾医療センター (東京都葛飾区)		病院事務部門 (病院の管理運営業務)	
附属第三病院 (東京都狛江市)		大学事務部門 (学事・教育に関する業務)	
附属柏病院 (千葉県柏市)		法人事務部門 (人事・総務・経理等法人運営業務)	
扶養家族(配偶者を除く) 人	配偶者 有・無 (配偶者の扶養義務 有・無)	希望年収	万円

※扶養家族がない場合は、0 と記入すること

【職務概要】 経験社数： 社

<b>経験会社名①</b>		
就業期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (□退職 □ 月 日退職予定)	
雇用形態	□正社員 □契約社員 □アルバイト・パート・臨時 □派遣社員 (派遣会社名： )	
業 種	現在の年収	万円
配属部署名	役 職	
業務内容		
退職理由		
<b>経験会社名②</b>		
就業期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (□退職 □ 月 日退職予定)	
雇用形態	□正社員 □契約社員 □アルバイト・パート・臨時 □派遣社員 (派遣会社名： )	
業 種	現在の年収	万円
配属部署名	役 職	
業務内容		
退職理由		
<b>経験会社名③</b>		
就業期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (□退職 □ 月 日退職予定)	
雇用形態	□正社員 □契約社員 □アルバイト・パート・臨時 □派遣社員 (派遣会社名： )	
業 種	現在の年収	万円
配属部署名	役 職	
業務内容		
退職理由		

※経験社数の関係上、本書に書ききれない場合はコピーしてご記載ください。  
それ以外の枚数超過は受け付けられませんのでご了承ください。