

公立大学法人横浜市立大学附属2病院
 薬剤師レジデント エントリーシート (履歴書)

(令和 年 月 日作成)

受験番号
※

配属希望病院 ※いずれかに○		附属病院		附属市民総合医療センター		どちらでも可
-------------------	--	------	--	--------------	--	--------

ふりがな						
氏名						
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳 (令和6年4月1日現在)
現住所	(〒 -)					
連絡先	自宅電話	-	-			
	携帯電話	-	-			
	E-mail (必須)			@		

(写真貼付)

- ・縦4cm×横3cm
- ・正面向きの顔写真
- ・最近3ヶ月以内に撮影(対・白黒とも可)
- ・写真裏面に氏名を記入

学歴	期間	学校名・学科名等	該当に○記
	S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	高等学校	卒業・卒見込・退修了・修見込
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで		卒業・卒見込・退修了・修見込	
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで		卒業・卒見込・退修了・修見込	
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで		卒業・卒見込・退修了・修見込	

職歴	採用・退職年月	勤務先	職務内容・具体的な役割等	雇用形態
	S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで			
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				
S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで				

資格・免許	名称	取得年月
	薬剤師免許	S・H・R 年 月 (取得・取得見込)
	S・H・R 年 月 (取得・取得見込)	
	S・H・R 年 月 (取得・取得見込)	
	S・H・R 年 月 (取得・取得見込)	
	S・H・R 年 月 (取得・取得見込)	

【注意事項】

- 1 受験番号以外は、不備のないよう、自筆で記入してください。
- 2 学歴・職歴は、古いものから順に記入してください。
- 3 本用紙は、2面綴じとせず、必ず両面2枚としてください。
- 4 語学に関する取得資格がある場合は必ず記載をしてください。

(裏面あり)

