

受験番号 ※記入しないこと

履歴書（申込書）

受験職種
■ 患者支援相談員
勤務形態
■ フルタイム

写真 (縦4cm×横3cm)
写真裏面に職種・氏名を記入してください。
写真裏面全体にのり付けし、はがれないようにしっかり貼ってください。

フリガナ	氏名						
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	年齢	満	歳
	<input type="checkbox"/> 平成						
フリガナ	〒 - -						
現住所	TEL - -						
フリガナ	〒 - -						
連絡先 (帰省先等)	TEL - -						

令和3年4月1日 時点の年齢

該当する口に印(✓)をつけてください

パソコン 入力・操作	Microsoft Excel (表計算ソフト) の操作
	<input type="checkbox"/> 上級 (複雑な関数を駆使して計算等ができる) <input type="checkbox"/> 中級 (簡単な関数を使用した計算や表・グラフを作成できる) <input type="checkbox"/> 初級 (数値を入力・修正できる) <input type="checkbox"/> 使用できない又は使用したことがない
	Microsoft Word (文章作成ソフト) の操作
キーボード操作	<input type="checkbox"/> 上級 (キーボードを見なくてもスムーズに入力できる) <input type="checkbox"/> 中級 (キーボードを見ながらであればスムーズに入力できる) <input type="checkbox"/> 初級 (キーボードを見ながらでも入力に時間がかかる)
	窓口・電話対応
<input type="checkbox"/> 得意 (臆すことなく積極的かつスムーズに対応できる) <input type="checkbox"/> 普通 (来庁者対応や電話対応が無理なくできる) <input type="checkbox"/> 苦手 (対応できない又はできるなら避けたい)	

以下の欄は、医療機関での勤務経験がある場合に記入してください

該当する口に印(✓)をつけてください

医療情報 システム	実務・操作経験の有無	<input type="checkbox"/> あり (該当するすべてに✓)	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 富士通製電子カルテシステム	<input type="checkbox"/> ( )	社製電子カルテシステム
	<input type="checkbox"/> 富士通製医事会計システム	<input type="checkbox"/> ( )	社製医事会計システム
	<input type="checkbox"/> その他の医療情報システム	( )	

裏面も記入してください

( 氏名 )

学歴欄	学校名	学部・学科・専攻	在学期間			修学区分
	中学校		年	月	卒業	
			自 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業	
			至 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業見込	
			自 年 月		<input type="checkbox"/> 在学	
			至 年 月		<input type="checkbox"/> 中退	
			自 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業	
		至 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業見込		
		自 年 月		<input type="checkbox"/> 在学		
		至 年 月		<input type="checkbox"/> 中退		
		自 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業		
		至 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業見込		
		自 年 月		<input type="checkbox"/> 在学		
		至 年 月		<input type="checkbox"/> 中退		

資格・免許等	資格・免許等の名称	取得年月日	取得理由

職務経歴	勤務先	雇用形態	担当した職務内容	勤務期間		
				自	年	月
				至	年	月
				自	年	月
				至	年	月
				自	年	月
				至	年	月
			自	年	月	
			至	年	月	

(注) 「雇用形態」欄は、正規社員、契約社員、パート、アルバイト等を記入してください