履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

ふりがな		写　真
氏　　名	印	
西暦　　年　　月　　日生 （満　　才）	本籍 都道 府県	
ふりがな 現住所 〒（　　ー　　）	電話 （　　） －	
ふりがな 連絡先　（現住所以外の連絡先） 〒（　　ー　　）	電話 （　　） －	

年	月	学　歴（高等学校から記入）
		卒業・修了・見込
		卒業・修了・見込
		卒業・修了・見込
		卒業・修了・見込
		卒業・修了・見込
		卒業・修了・見込

年	月	職　　歴

年	月	免　許　　・　資　格

年	月	賞　　罰
健康状態		健康　・　その他（　　）　　既往歴:

自覚する長所	自覚する短所
趣味　　特技	専門領域
前職等での配置部署及び役割	＊学会発表や論文等業績があれば記載してください。
問い合わせ可能な指導教員または所属長等	
志望動機	
将来展望	
自己PR	
採用あたっての希望	

A）常勤薬剤師（5年任期）　B）常勤薬剤師（石川県地域連携薬剤師共育プログラム，任期付）

第一希望：（ A ・ B ）

第二希望：（ A ・ B ・ なし）

※ 石川県地域連携薬剤師共育プログラムを希望する場合

奨学金返済支援の希望：　（ 有 ・ 無 ）

取得したい薬剤師専門資格

第一希望：

、第二希望：

備考	配偶者の有無：　有　・　無 配偶者の扶養義務：　有　・　無 扶養家族（配偶者を除く）　人

（A3用紙出力指定　既卒者用　2023.5.2 薬剤部）