

履 歴 書

西暦 年 月 日現在		写 真 3.5 cm x 4.5 cm
ふりがな 氏 名		
印		
西暦 年 月 日生 (満 才)	本籍	都道府県
ふりがな 現住所 〒()		電話 () -
ふりがな 連絡先 (現住所以外の連絡先) 〒()		電話 () -

年月	学 歴 (高等学校から記入)
	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
得意科目/専門領域	
クラブ活動経験	アルバイト経験
学会発表、論文発表、前職での配属部署、役割等	
問い合わせ可能な指導教員または所属長等	
志望の動機	
将来の計画	
自己PR	
採用あたったの希望 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) C) 常勤薬剤師(臨床試験コーディネーター重点コース, 5年任期) ※ 石川県地域連携薬剤師共育プログラムを希望する場合 第一希望: (A ・ B ・ C) 奨学金返済支援の希望: (有 ・ 無) 第二希望: (A ・ B ・ C ・ なし) 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