

履 歴 書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	(写真)
氏 名		男・女	
生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 平成		
住 所	〒		
電 話 Fax		携帯電話	
E-Mail			
学歴・職歴			
平成 令和 年 月	高等学校卒業		
平成 令和 年 月			
クラブ活動・文化活動・ボランティア等について（活動期間等を詳しく）			
資格			
賞罰			
志望の動機			
趣味・特技			

<p>配属希望施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・希望する施設が<u>1施設</u>の場合は、<u>()</u>内に○を入れてください。 ・希望する施設が<u>複数</u>の場合は、<u>()</u>内に希望順位を記載してください。 <p style="text-align: center;">() 日本赤十字社愛媛県支部 () 松山赤十字病院 () 愛媛県赤十字血液センター</p>
