

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				
平成 令和 年 月				
平成 令和 年 月				
平成 令和 年 月				
平成 令和 年 月				
志望の動機				
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				
趣味・特技				
賞罰				

配属希望施設 ・希望する施設が1施設の場合は、() 内に○を入れてください。 ・希望する施設が複数の場合は、() 内に希望順位を記載してください。（1, 2 または 1, 2, 3） () 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
--

※各施設の業務内容はホームページ等でご確認願います。