

身 上 書

令和 年 月 日現在

[氏名 ⑩]

当院以外の就職希望先の有無 (どちらか一方を○で囲むこと)	
有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/> 第一希望就職先 ()
	第二希望就職先 ()

志望理由

特技・趣味・スポーツ

健康状態 (既往歴の有無も含む)

性格 (自己評価)

自己PR

得意分野	不得意分野
------	-------

配属先に関する希望 (どちらか一方を○でかこむこと)	
無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (希望する配属先 ())	(希望しない配属先 ())

年	月	免許・資格

配偶者及び子の有無 (どちらか一方を○でかこむこと)	
配偶者 : 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	子 : 有 (人) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>