

見学の申込方法について

☆申し込みは、薬剤部見学担当あてメール

アドレス pharmacy_dept@tokyo-med.ac.jp

をお願いします。

☆メールのタイトルは、必ず

【2026 年度職員募集：5/17 病院見学申し込み】としてください。

☆メール本文に、

①氏名とふりがな

②学校名（もしくは現所属先）

③緊急時の電話連絡先 の記載をお願いします。

☆申し込みの締め切りは

2025 年 5 月 9 日（金）とします。

その後、5 月 12 日（月）を目途に薬剤部見学担当から見学当日に関する案内をメール送信予定です。

履 歴 書

西 暦 年 月 日 現在

写真貼付

※縦4cm×横3cm

※最近3か月以内に撮影
された本人の半身胸から
上の写真

ふりがな			
氏 名			
生年月日	西 暦 年 月 日生（満 歳）	男・女	
ふりがな			
現住所	〒 ー ー ー ー ー		
携帯番号		E-mail	

緊急連絡先

ふりがな		続 柄	電話番号
氏 名			

学 歴	就学期間			学校名 ※高校からの学歴を記入してください。	学部・学科名
	西 暦 年 月 卒業・中退				
	西 暦 年 月 入学				
	西 暦 年 月 卒業・卒業見込 中退				
	西 暦 年 月 入学				
	西 暦 年 月 卒業・卒業見込 中退				
	西 暦 年 月 入学				
	西 暦 年 月 卒業・卒業見込 中退				
	西 暦 年 月 入学				
	西 暦 年 月 卒業・卒業見込 中退				

注）記入欄におさまらない場合は、「別紙のとおり」と記載し、任意の別紙様式により追加で提出してください。退職予定の方は退職予定日を記入してください。

職 歴	期 間				勤務先	雇用形態（正職・臨職・パート）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）
	自 西 暦 年 月 日					正 職 ・ 臨 職 ・ パ ー ト
	至 西 暦 年 月 日				勤務内容（配属等）	社保加入（ 有 ・ 無 ）

賞 罰	西 暦 年 月 日	
	西 暦 年 月 日	

志望動機
学生時代・前職で得たもの
熱心に取り組んでいる事（課外活動・文化・地域・ボランティア活動・アルバイトなど）
自己PR・長所など
将来の目標

取得見込資格	西暦	年	月	
--------	----	---	---	--

取得 済 資 格	西暦	年	月	日	(第	号)
	西暦	年	月	日	(第	号)
	西暦	年	月	日	(第	号)

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

本人希望欄	希望職種	
-------	------	--

履歴書に関する注意事項
※黒のボールペン（フリクション不可）で本人が手書きすること。
※提出の際、ホチキス留めはしないでください。