

面接カード

※ 受験番号	試験職種		
	医療事務（診療情報管理士）		
ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女
現住所	〒 _____	電話 _____	_____
(連絡先)	〒 _____	電話 _____	_____

※受験番号欄は記入しないでください。

学 歴 ※	在 学 期 間	学 校 名	学 部 ・ 学 科	卒業等の別	所 在 地
	年 月 日から 年 月 日まで	(中学校)	\	卒 業	市区 町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒 卒 中 業 見 退	市区 町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒 卒 中 業 見 退	市区 町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒 卒 中 業 見 退	市区 町村
職 歴 ※	在 職 期 間	勤 務 先	勤 務 内 容	退職理由	所 在 地 ・ 電 話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区 町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区 町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区 町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区 町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区 町村 電話
資格取得年月日	診療情報管理士 平成 年 月 日 取得済				
その他の資格の状況	資格取得年月日	資 格 名 称			
	平成 年 月 日				
	平成 年 月 日				
	平成 年 月 日				
志 望 動 機					
得意学科等		趣 味		所属クラブ等	

※学歴・職歴欄は正確に記載してください