|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  | **이 력 서** |  **의료법인 성하의료재단** **포 항 인 성 병 원** |
| **성명** | 한 글 |  | 주민등록번호 | - |
| 한 자 |  | 생년월일 | . . . |
| **연락처** | 주 소 |  |
| 전화번호 |  | 핸드폰 |  – -  |
|  |
| **학****력** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | **자격증** |   |
|   |
|  |
| **경력** | 근무기간 | 근무처 | 직위 | 주요업무 | 급여 | 사직이유 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **기타** |

 위의 내용은 사실과 틀림이 없습니다.

  년 월 일

 지 원 자 :