|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | **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 :