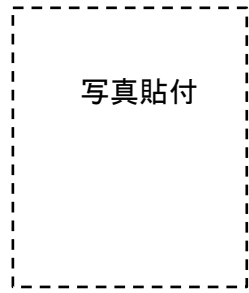


# 履 歴 書

年 月 日現在



ふりがな			
氏名			
生年月日	昭・平	年	月 日生 (満 歳) 男・女
ふりがな	〒	電話	
現住所		携帯	
Mail(※必須)		@	
ふりがな	〒	電話	続柄( )
緊急連絡先		携帯	続柄( )

注) 高校からの学歴を記入してください。

学歴	就学期間			学校名	学部・学科名
	昭・平・令	年	月	卒業・中退	
	昭・平・令	年	月	入学	
	昭・平・令	年	月	卒業・中退	
	昭・平・令	年	月	入学	
	昭・平・令	年	月	卒業・中退	
	昭・平・令	年	月	入学	
	昭・平・令	年	月	卒業・中退	

職歴	期間			勤務先	雇用形態(正職・臨職・パート)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
	自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
	自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
	自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
	自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
	自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)
	自 昭・平・令	年	月 日		正職・臨職・パート
自 昭・平・令	年	月 日	勤務内容(配属等)	社保加入(有・無)	

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。

取得見込み資格(取得済資格)・・・該当資格の前にシを付すこと			
年 月	<input type="checkbox"/> 看護師免許	年 月	<input type="checkbox"/> 保健師免許
年 月	<input type="checkbox"/> 助産師免許	年 月	<input type="checkbox"/> 准看護師免許
年 月	<input type="checkbox"/> その他( )	年 月	<input type="checkbox"/> その他( )

(志望動機)

\* 将来の目標等

\* 自己PR

得意な学科		長所	
趣味・特技			
スポーツ		短所	
課外活動 (ボランティアなど)			

(学生時代・前職で得たもの)

\* 当院に就職したらどの領域への配属を希望されますか。該当する項目に○をつけてください。

	外科系	内科系	母性・小児	集中治療	HD	手術室
第1希望						
第2希望						
第3希望						

\* 入寮希望の有無  希望する  希望しない

・入寮を希望しない方は、病院までの通勤時間を記入して下さい。  
通勤時間 約 時間 分

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族(配偶者を除く)
有・無	有・無	人

(備考欄)