

履 歴 書

年 月 日現在

写真貼付

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

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)・・・該当資格の前にレを付すこと			
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						

病院までの通勤時間
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)