

# 履 歴 書

年 月 日 現在

写真貼付  
※縦4cm×横3cm  
※最近3か月以内に撮影された本人の単身胸から上の写真

ふりがな				電話番号 (携帯)	e-mail
氏名					
生年月日	昭・平	年	月	日生 (満 歳)	男・女
ふりがな				電話番号 (携帯)	e-mail
現住所	〒	-			

## 緊急連絡先

ふりがな			続柄	電話番号
氏名				
注) 連絡のとれる番号をご記入ください。				

学歴	就学期間			学校名	※高校からの学歴を記入してください。	学部・学科名
		昭・平	年	月	卒業・中退	
	昭・平	年	月	入学		
	昭・平	年	月	卒業・卒業見込 中退		
	昭・平	年	月	入学		
	昭・平	年	月	卒業・卒業見込 中退		
	昭・平	年	月	入学		
	昭・平	年	月	卒業・卒業見込 中退		

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。退職予定の方は退職予定日を記入してください。

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

取得見込資格	看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ その他 ( )
--------	---------------------------

取得済看護資格	年 月	看護師(第 号)
	年 月	
	年 月	

志望動機						
当院に就職したらどのような領域を希望されますか。下記より選択してください。 ( 外科系 内科系 小児 母性 精神科 集中治療 救命救急 手術室 )						
第1希望	理 由					
第2希望	理 由					
第3希望	理 由					
将来の目標						
長 所	趣味 特技					
短 所						
熱心に取り組んでいる事(課外活動も含む)、現在興味のあること						
自己評価 (当てはまる欄に○を記入してください)	特に良い	良い	やや劣る	劣る	理 由	
	責任感					
	協調性					
	積極性					
	向上心					
	実行力					
	忍耐力					
敏速性						
学生時代・前職で得たもの						
入寮希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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ください。 通勤時間    約    時間    分 )						
配偶者 有・無		配偶者の扶養義務 有・無		扶養家族(配偶者を除く) 人		
受験日等	併願の有無		有・無		1.併願先名	
	受験希望年月日 (採用試験日から選んでください)		年    月    日		2.併願先名	
	入職希望年月日		年    月    日		現地採用試験を 希望する方のみ記入 (採用試験日から選んでください)	
				受験希望年月日 年    月    日 現地場所：		
(備考欄)						