

履歴書

平成 年 月 日現在

フリガナ		生年月日	性別
氏名		昭和 年 月 日 平成 (満 歳)	男・女
フリガナ			
現住所	〒 - (固定電話)	(携帯電話)	(E-mail)
フリガナ			
休暇中の連絡先	〒 - (固定電話)		

写真添付
 1.縦 40mm×横 30mm
 2.本人単身胸から上
 3.裏面のりづけ
 4.裏面に名前を記載

注) 高校からの学歴を記入し、就学期間は卒業等の区分の該当に○をすること

学歴	就学期間		学校名	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・中退 卒業見込			
昭・平	年 月 入学			
昭・平	年 月 卒業・中退 卒業見込			
昭・平	年 月 入学			
昭・平	年 月 卒業・中退 卒業見込			

注) 雇用形態・就業状況の該当に○をしてください

職歴	期間		勤務先	雇用形態・就業状況
	自 昭・平	年 月 日		(雇用形態) 正職員・正職員以外 (就業状況) 退職・退職見込
至 昭・平	年 月 日			
自 昭・平	年 月 日		(雇用形態) 正職員・正職員以外 (就業状況) 退職・退職見込	
至 昭・平	年 月 日			
自 昭・平	年 月 日		(雇用形態) 正職員・正職員以外 (就業状況) 退職・退職見込	
至 昭・平	年 月 日			
自 昭・平	年 月 日		(雇用形態) 正職員・正職員以外 (就業状況) 退職・退職見込	
至 昭・平	年 月 日			

看護師免許等の取得状況		左記以外の免許・資格 ※自動車運転免許を除く	
免許の種類	取得(見込)年月※該当に○をすること	免許・資格の種類	取得(見込)年月※該当に○をすること
看護師免許	昭・平 年 月取得・取得見込		昭・平 年 月取得・取得見込
保健師免許	昭・平 年 月取得・取得見込		昭・平 年 月取得・取得見込
助産師免許	昭・平 年 月取得・取得見込		昭・平 年 月取得・取得見込

志望の動機 趣味・スポーツ・文化活動など

自己PR 健康状態

配属希望病院 ※必ず第二希望まで○をすること 第一希望： 本院 葛飾 第三 柏 第二希望： 本院 葛飾 第三 柏	申込試験日 日時：平成 年 月 日 会場：①院内 ②全国主要都市(開催地：)
---	---

扶養家族(配偶者を除く) 人	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無
----------------	-----------	----------------

※扶養家族がない場合は、0と記入すること