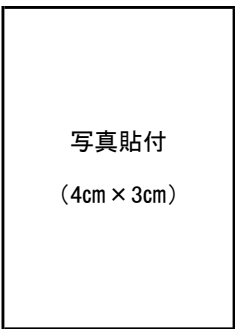


履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

フリガナ		性 別	
氏 名	(印)	男 ・ 女	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 才)		
フリガナ			
住 所	〒		
電 話 番 号	(自 宅) - -	(携 帯) - -	
メールアドレス			
フリガナ			
休 暇 中 の 連 絡 先	〒		
	(電話番号) - -		



元号	年	月	学歴(高校卒業から記入し、卒業見込み・修了見込みの場合はその旨記入すること) 及び 職歴(病床数及び所属を記入すること)
元号	年	月	資格 ・ 免許 (既取得で看護業務に関係のあるもののみ記入)
			※下記免許のうち 取得見込み のものにチェック願います。
			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師
得意な、または興味のある看護分野			
自覚している性格			
趣味・特技			

注) 1. 黒または青インクを用い、楷書・算用数字で記載してください。フリクション等の消えるボールペンは使用しないでください。
 2. 「氏名」欄には捺印し、写真(4cm × 3cm)は必ず貼付してください。
 3. 行数が足りない等、記入欄が不足する場合は、線を引いて行を増やす等により、必ず1枚に記入してください。

氏名： _____

当院を志望した動機	
あなたの目指す看護師像	

面接試験に関する希望

希望する会場を選んでください	<input type="checkbox"/> 大阪会場(以下に希望日を記入ください) <input type="checkbox"/> 東京会場(実施日:6月17日)		
【H30.4.1採用希望者】 募集要項記載の実施日から選んで記入してください。 【H29年度中途採用希望者】 希望日を第3希望まで記入してください。(平日のみ) ※記入のない場合は当院が指定します。	第1希望	第2希望	第3希望
	月 日	月 日	月 日

勤務開始日に関する希望

勤務開始希望日を選んでください	<input type="checkbox"/> 平成30年4月1日 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日以降
-----------------	---