履　歴　書

年　　月　　日 現在

写真をはる位置

写真をはる必要がある場合
1. 縦　36～40㎜
　横　24～30㎜
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな	本　籍　地
氏　　名	※都 道 府 県
生年月日　　年　　月　　日生（満　　才）	※ 男 ・ 女

ふりがな
現住所　〒
電話　　（　　）－　　携帯電話　　（　　）－
メールアドレス　　@
ふりがな
連絡先　〒　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 方

年	月	学　歴　・　職　歴　（項目別にまとめて記入）

記入上の注意　　1．鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入。　2．数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。
3．※印のところは、該当するものを〇で囲む。

年	月	日	免　許　・　資　格　等		
			准看護師免許	※都 道 府 県	登録番号　第　　号
			看護師免許	登録番号　第　　号	
			助産師免許	登録番号　第　　号	
			保健師免許	登録番号　第　　号	

特技、好きな学科、アピールポイントなど		
志望の動機	通勤時間 約　　時間　　分 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
本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入		
希望診療科 第１希望　　第２希望　　第３希望		

備考欄

医療法人徳洲会 高砂西部病院