

## 履 歷 書

|                      |  |       |  |                       |  |
|----------------------|--|-------|--|-----------------------|--|
| 年                    |  | 月     |  | 日現在                   |  |
| ふりがな                 |  | 男 ・ 女 |  | 印                     |  |
| 氏 名                  |  |       |  |                       |  |
| 年                    |  |       |  | 月                     |  |
| 日 生                  |  |       |  | ( 満 歳 )               |  |
| 本籍                   |  |       |  |                       |  |
| ふりがな                 |  |       |  | 電話                    |  |
| 現住所 〒(      —      ) |  |       |  | メールアドレス               |  |
| ふりがな                 |  |       |  | 電話                    |  |
| 現住所 〒(      —      ) |  |       |  | (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) |  |

与具を貼る場合

1.縦 36～40mm

横 24～30mm

2.本人単身胸から上

[illegible]

写真を貼る場合  
1.縦 36～40mm  
横 24～30mm  
2.本人単身胸から  
上

|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|-------------|---|---|------------------|---------------|-----|-------------------|---|---|
| 年号          | 年 | 月 | 学歴・職歴（各別にまとめて書く） |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
| 免許・資格等      |   |   |                  | 准看護師免許        | 都府県 | 登録番号              | 第 | 号 |
|             |   |   |                  | 看護師免許         |     | 登録番号              | 第 | 号 |
|             |   |   |                  | 保健師免許         |     | 登録番号              | 第 | 号 |
|             |   |   |                  | 助産師免許         |     | 登録番号              | 第 | 号 |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
| 特技・自己アピールなど |   |   |                  | 通勤時間          |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  | 約 時間 分        |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  | 扶養家族数（配偶者を除く） |     |                   |   |   |
| 好きな学科       |   |   |                  | 人             |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  | 配偶者<br>有 ・ 無  |     | 配偶者の扶養義務<br>有 ・ 無 |   |   |
| 志望動機        |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
| 本人希望記入欄     |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
| 希望診療科       |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
| 第1希望        |   |   | 第2希望             |               |     | 第3希望              |   |   |
| 空欄（採用者側記入欄） |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |
|             |   |   |                  |               |     |                   |   |   |

社会医療法人財団 池友会

氏名 (お手数ですがご記入ください) :

新小文字病院 看護部