

ふりがな		性別	
ローマ字			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)		
ふりがな			携帯番号
現住所	〒 —		
e-mail ふりがな			
e-mail			
緊急連絡先 (日中繋がる番号)		本人以外の場合 氏名(続柄)	( )

写真貼付

4×3cm  
(3ヶ月以内に撮影したものに限り)

※写真裏に氏名を記載

## 学歴・職歴

学歴は高等学校卒業より記入すること。職歴がある場合は別紙「職務経歴書」も記入すること。  
※記入欄が不足する場合は、2枚目を追加すること。

年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	

## 自己紹介書

志望動機
自己の特徴について(現在の自分の強み・持ち味・改善点)

今まで、あなたが最も打ち込んできたこと
現在、最も関心のあること
趣味、特技、文化活動等
健康状態、既往歴

**資格・免許**

現在、有している免許	看護師 ・ 助産師 ・ 保健師 ・ 准看護師
採用までに取得予定の免許	看護師 ・ 助産師 ・ 保健師
上記以外の資格・免許	
賞 罰	

**希望領域** 希望する領域に○をつけて下さい。(複数選択可)

成人 ・ 小児 ・ 母性 ・ 手術室 ・ 超急性期(救急・集中治療室等)
--------------------------------------

**見学会等参加状況** 参加したものに○をつけて下さい。(複数選択可)

企業説明会 ・ 学校説明会 ・ 院内見学会 ・ インターンシップ ・ その他
--

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

○個人情報の取り扱い  
 応募により収集した個人情報は、採用選考の円滑な遂行及び採用後の人事・労務管理の適切な遂行のために用い適正に管理します。  
 また、応募書類等についてはお返しできません。ご了承ください。  
 ○個人情報の取り扱いについての同意  
 今回の募集に関する条件及び留意事項等を理解し、上記個人情報の取り扱いについて同意したうえで、申込みをします。

申込本人 確認欄	氏名 _____	採用試験希望日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> それ以外(       )		

# 職務経歴書

20 年 月 日

氏名：

1. 希望職種
2. 職務要約

3. 職務経歴 ※空白期間がないように記載下さい。空白期間がある場合差し支えない範囲で理由を記載下さい。  
 ※学生時代のアルバイト以外すべて記載下さい。  
 ※欄が不足する場合は適宜追加して下さい。  
 ※採用後の給与決定にも使用いたします。記載漏れ、記載誤りの無いようご注意下さい。

期間	主な職務
年 月 日 ~ 年 月 日	勤務先名： 社員(職員)数： / 病床数(病院の場合)： 雇用形態： 正規雇用 ・ 非正規雇用 事業内容： 担当業務：
年 月 日 ~ 年 月 日	勤務先名： 社員(職員)数： / 病床数(病院の場合)： 雇用形態： 正規雇用 ・ 非正規雇用 事業内容： 担当業務：
年 月 日 ~ 年 月 日	勤務先名： 社員(職員)数： / 病床数(病院の場合)： 雇用形態： 正規雇用 ・ 非正規雇用 事業内容： 担当業務：
年 月 日 ~ 年 月 日	勤務先名： 社員(職員)数： / 病床数(病院の場合)： 雇用形態： 正規雇用 ・ 非正規雇用 事業内容： 担当業務：

私の職歴は、上記のとおりで相違ありません。

なお、虚偽の記載及び故意に隠していることがあった場合、不採用とされても異議申し立ていたしません。