履　歴　書

No.

年　　月　　日現在

写真を貼る 縦　36～40 ㎜ 横　24～30 ㎜ 本人単身 胸から上	ふりがな	男　　女
	氏名	印
	年　　月　　日　生 （満　　才）	本籍 都　道 府　県
ふりがな 現住所　〒		電話
ふりがな 連絡先　〒		電話

年号	年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

<table>
<tr><td rowspan="7">免許・資格等</td><td></td><td></td><td></td><td>准看護師免許</td><td>都道府県</td><td>登録番号 第　　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>看護師免許</td><td colspan="2">登録番号 第　　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>助産師免許</td><td colspan="2">登録番号 第　　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>保健師免許</td><td colspan="2">登録番号 第　　号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5" rowspan="3">特技・好きな学科など</td><td colspan="2">通勤時間
約　　時間　　分</td></tr>
<tr><td colspan="2">扶養家族数（配偶者を除く）
人</td></tr>
<tr><td>配偶者
有　無</td><td>配偶者の扶養義務
有　無</td></tr>
<tr><td colspan="7">志望動機</td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="7">本人希望記入欄（勤務先希望 その他要望）</td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="7">希望診療科
第１希望　　第２希望　　第３希望</td></tr>
<tr><td colspan="7">面接希望日
第１希望　　月　　日　　第２希望　　月　　日　　第３希望　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">空欄（採用者側記入欄）</td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
</table>

２枚目 氏名（お手数ですがご記入ください）：

社会医療法人社団 埼玉巨樹の会
新久喜総合病院