履歴書

証明写真

本人単身
胸から上
裏面のりづけ

年　　月　　日現在

ふりがな	
氏　　名	
年　　月　　日生　（満　　　歳）	※性別　　男　　女
ふりがな	
現住所　〒	
電話番号	
メールアドレス　※必須：書類選考結果、試験日時などのやり取りはメールで行います。 手書きの場合：0（数字）が入る方はO（英字）と区別するため 0（数字）の中に / を書いてください。	

西　暦	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）

免許・資格等	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　　　　号　　　年　　月　取得 ・ 取得予定	
	保健師免許	登録番号　　　　号　　　年　　月　取得 ・ 取得予定	
	助産師免許	登録番号　　　　号　　　年　　月　取得 ・ 取得予定	

特技・好きな学科など	通勤時間 約　　時間　　分	
	扶養家族数（配偶者を除く）　　人	
	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無

志望動機			
希望診療科	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望
面接希望日	第 1 希望　　月　　日	第 2 希望　　月　　日	第 3 希望　　月　　日
入寮希望	有 ・ 無	※入寮は新卒の 2 年間のみです。	

【注意事項】

- すべて西暦で記載してください。
- 原則メールでやり取りするため、アドレスの記載間違いにご注意ください。

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
所沢美原総合病院