

		免許・資格等		
		准看護師免許	都道府県	登録番号 第 号
免許・資格等	看護師免許	登録番号	号	年 月 取得
	保健師免許	登録番号	号	年 月 取得
	助産師免許	登録番号	号	年 月 取得
趣味・特技などの自己PR		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	
以下は希望がある場合、記載ください				
入職	年 月 ・ 年 月以降	雇用形態 常勤 ・ 日勤常勤 ・ パート		
※パートの場合、勤務形態の希望があれば記載ください。 例) 4日/週 9時00分～17時00分など				

【記載時の注意事項】

- ・ 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。
- ・ 職歴が書ききれない場合、履歴書左側を2枚ご使用ください。

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