

履 歴 書

年 月 日 現在

フリガナ	性別
氏 名	男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)

写真貼付
 1. 縦 4cm
 横 3cm
 2. 最近3か月以内に撮影のもの
 3. 上半身、正面向



現住所 □□□-□□□□

E-mail: @ TEL: (該当へ☑)

配偶者: 有・無 配偶者の扶養義務: 有・無 扶養家族(配偶者を除く): 人

フリガナ 続柄()
 緊急連絡先: 氏名 TEL:

※E-mailは、Gmail、iCloudのアカウントを推奨致します。また、[@marianna-u.ac.jp] からドメイン受信できるようにしてください。

年	月	学 歴
至		中 学 校 (中等教育学校)
自		
至		
自		
至		
自		
至		

年	月	日	職 歴	職種	雇用形態(該当へ☑)
自					<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(週 時間)
至					
自					<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(週 時間)
至					
自					<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(週 時間)
至					
自					<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(週 時間)
至					

年	月	学位・免許・資格等(該当へ☑)
		看 護 師 国 家 資 格 <input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 取得見込み
		<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 取得見込み
		<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 取得見込み
		<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 取得見込み
		<input type="checkbox"/> 取得・ <input type="checkbox"/> 取得見込み

看護職を選択した理由

あなたの目指す看護(看護観)

当院(希望病院)への志望動機

あなたの趣味・特技やセールスポイント

賞 罰 (該当へ☑)

無・有 ()

現病歴・既往歴 (該当へ☑)

無・有 (現病歴: 既往歴:)

希 望 病 院 (いずれか1つ該当へ☑)			
<input type="checkbox"/> 大 学 病 院		<input type="checkbox"/> 横 浜 市 西 部 病 院	
		<input type="checkbox"/> 川 崎 市 立 多 摩 病 院	
希 望 領 域 (①～⑧より1つ選択)		希 望 領 域 関 連 の 特 記 事 項	
第1希望	第2希望	※希望領域の詳細及び⑧その他について記載	
	第3希望		
①成人(内科) ②成人(外科) ③救命 ④母性 ⑤小児 ⑥手術 ⑦精神 ⑧その他			
入 寮 に つ い て (新卒者のみ該当へ☑)		採 用 試 験 希 望 日	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		月 日	<input type="checkbox"/> オンラインを希望する (該当の場合は☑)

※個別の試験日を希望する場合は、希望日を記載ください。

※記載上の注意

- 氏名、生年月日は必ず戸籍のとおりとし、表記は全て西暦で記載すること。
- 黒または青のボールペンで記載すること。
- 各項目、所定の枠に収まらない場合は、別紙作成し添付すること。
- 訂正箇所は二重線で訂正のうえ捺印すること。
- 本書に虚偽の記載があった場合は、給与の戻入、或いは内容により懲戒解雇または採用取消となることがあります。