

整理番号		受験番号	
------	--	------	--

# 履 歴 書

西暦 年 月 日 現在

カラー写真  
(裏面に氏名を記入)

35mm × 45mm

氏 名	ふりがな				印	男 女
生 年 月 日	西 暦	年	月	日	(満 歳)	
現 住 所	ふりがな					
	〒					
	電話	e-mail* @				
	携帯電話					
緊急連絡先 住所・電話	ふりがな				氏名	続柄
	〒					
	電話					

	西 暦		高等学校入学より記入、卒業見込みも記入
	年	月	
学 歴			

職 歴 <small>(退職見込みも記入)</small>	期 間	勤 務 先 名	職 務 内 容 (配 属 ・ 職 種 等)	雇 用 形 態	※常勤以外の場合
		年 月～ 年 月			常勤・臨時・パート
	年 月～ 年 月			常勤・臨時・パート	勤務日数：週 日、月に 日 勤務時間：1日 時間
	年 月～ 年 月			常勤・臨時・パート	勤務日数：週 日、月に 日 勤務時間：1日 時間
	年 月～ 年 月			常勤・臨時・パート	勤務日数：週 日、月に 日 勤務時間：1日 時間
	年 月～ 年 月			常勤・臨時・パート	勤務日数：週 日、月に 日 勤務時間：1日 時間

(参考情報)

■勤務に対する希望

1. 希望病院名に順位をおつけください。

( ) 大学病院 ( ) 藤が丘病院 ( ) 横浜市北部病院 ( ) 江東豊洲病院 ( ) 烏山病院  
(既卒者対象)

2. 希望診療科名を3つ選択し、優先順位を記入してください。

( ) 内科系 ( ) 外科系 ( ) 小児 ( ) 母性 ( ) 救命救急センター  
( ) ICU ( ) 手術室 その他 ( 診療科名: )

3. その他希望内容をご記入ください。

( )

4. 入寮を希望しますか?○印を記入してください。 ( ) 希望する ( ) 希望しない

\*希望しないと答えた方で、配属病院により希望する場合はその病院名を記入してください。

( )

■病院見学会について

参加しましたか?○印を記入してください。

( ) 大学病院・附属東病院 ( ) 藤が丘病院・藤が丘リハビリテーション病院 ( ) 横浜市北部病院  
( ) 江東豊洲病院 ( ) 烏山病院

■自己アピール

	取得年月日	登録番号	名称
資格等見込			

※記入欄が足りない場合は、看護関係の資格を優先的に記入してください。

勤務希望日	年 月	受験希望日	年 月 日
-------	-----	-------	-------

○応募書類について

本履歴書、添付書類及び封筒に記載いただいた個人情報については、本学が看護職員を募集するために行う採用試験、ならびに合格の場合の採用までの手続きにのみ利用し、適正な管理を行います。

また、提出いただいた書類は、不合格・辞退等にかかわらず一切返却致しません。予めご了承のうえ、ご応募願います。

各回の採用試験を併願することはできません。

履歴書添付用写真および各証明書は、直近3カ月以内のものとなります。

経験者は、試用期間として最低1ヶ月のパート期間を設けています。

\*メールで連絡する場合があります。アドレスをお持ちの場合は必ずメールアドレスを記入してください(携帯メール可)