

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			男 女
生年月日	西暦	年	月	日生(満 歳)
現 住 所	ふりがな			
	〒			
	電話	携帯電話		
	e-mail * @			
緊急連絡先 住所・電話	ふりがな		氏名	続柄
	〒			
	電話または携帯電話			

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

職 歴	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 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 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 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 日 勤務時間：1日 時間

■勤務に対する希望

1. 希望病院の優先順位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 ※既卒者対象

2. 希望診療科目名を3つ選択し、優先順位を記入してください。

() 成人 () 小児 () 母性 () 救命救急センター・救急センター(ER)
() ICU () 手術室 その他(診療科名:)

3. その他希望内容を記入してください。

()

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。

()

■インターンシップについて

参加した方は○印を記入してください。(オンライン含)

() 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

■病院見学会について

参加した方は○印を記入してください。(オンライン含)

() 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			看護師免許 取得・見込み※

※取得・見込みいずれかに○印をつけてください。※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。

奨学金制度を利用の方で採用に際し限定がある場合は記入してください。

既卒者

勤務希望日	年 月
-------	-----

受験希望日	月 日
-------	-----

採用試験日程 (受験希望日に○印をつけてください)	4月23日(土)	7月10日(日)
	5月7日(土)	7月23日(土)○
	5月22日(日)	8月6日(土)
	6月4日(土)	8月20日(土)
	6月18日(土)	9月3日(土)
	7月9日(土)●	9月17日(土)

筆記試験 希望日※	第一希望 月 日
	第二希望 月 日

●助産師 Web 試験 ○対面試験

※既卒者のみ(書類受付最終日の2日後～受験希望日前日の平日)

○応募書類について

本履歴書、添付書類およ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、適切な管理を行います。

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いたしません。予めご了承の上、ご応募願います。

*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)