

履 歴 書

(西暦)

年

月

日 現在

応募する病院		<input type="checkbox"/> 兵庫医科大学病院		<input type="checkbox"/> ささやま医療センター		<input type="checkbox"/> どちらでも可	
ふりがな						<p style="text-align: center;">写 真 たて よこ 4 cm x 3 cm</p> <p style="text-align: center;">写真の裏に氏名を 記入のこと</p> <p style="text-align: center;">本人の自筆にて 記入してください。</p>	
氏 名							
生 年 月 日		年 月 日生 (満 歳)					
ふりがな							
現 住 所		〒					
		電 話					
		携 帯					
		E-mail					
ふりがな							
緊 急 連 絡 先		〒					
		電 話					
各書類送付先			<input type="checkbox"/> 現住所		<input type="checkbox"/> 緊急連絡先		
学 歴	入学年月	卒業年月	在学年数	学 校 名		学 科	
	年 月	年 月		<small>※高等学校から記入してください</small>			
	年 月	年 月					
	年 月	年 月					
	年 月	年 月					
希望職種			<input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 助産師		
看護職免許登録	名称						
	日付	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	状態	取得 ・ 取得見込み		取得 ・ 取得見込み		取得 ・ 取得見込み	
	番号						
職 歴	就職年月日	退職(予定) 年月日	勤務先名			職 種 (雇用形態)	勤務部署 (科・病棟・外来)
	年 月 日	年 月 日					
	年 月 日		年 月 日				
	年 月 日		年 月 日				
	年 月 日		年 月 日				
	年 月 日		年 月 日				
	年 月 日		年 月 日				
	年 月 日		年 月 日				

※当院 記入欄							
------------	--	--	--	--	--	--	--

調 査 書

[氏 名 : _____]

自己PR				
その他	看護研究・症例研究テーマ [_____]			
	資格	特技	趣味	クラブ活動
経験したい疾患・看護領域	第1・2希望は、下記①～⑫の中から選び、番号で記入してください。 第3希望は、①か⑫のどちらかを○で選択してください。（※必ず第3希望まで記入してください）		第1希望	第2希望
			第3希望	
			①内科系全般	⑫外科系全般
<p><内科系></p> <p>① 内科系全般 ② 消化器科 ③ 循環器科 ④ 血液科 ⑤ アレルギー・リウマチ科 ⑥ 糖尿病・内分泌代謝科 ⑦ 脳神経科 ⑧ 呼吸器科 ⑨ 腎・透析科 ⑩ 小児科 ⑪ 精神科</p> <p><外科系></p> <p>⑫ 外科系全般 ⑬ 産科/MFICU ⑭ 心臓血管・呼吸器科 ⑮ 整形外科 ⑯ 耳鼻咽喉／頭頸部科 ⑰ 泌尿器科 ⑱ 消化器科 ⑲ 乳腺／婦人科</p> <p><急性医療系></p> <p>⑳ ICU/HCU ㉑ 救命救急センター・CCU ㉒ 脳神経外科・SCU ㉓ 手術センター ㉔ アイセンター／眼科 ㉕ NICU/GCU</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※ほとんどの部署は内科・外科の混合病床となっています</p>				
健康状態 <small>(アレルギー等含む)</small>				
着任希望日	年	月	日	宿舍への入居 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない