

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			男・女
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		

写 真
たて よこ
4 cm x 3 cm
写真の裏に氏名を
記入のこと

本人の自筆にて
記入してください。

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
	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;">※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	希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>
-------	-------	--