

# 履歴書

令和 年 月 日現在

採用待機登録(する・しない) 履歴書返却(する・しない) 採用待機登録する場合は返却できません。

応募職種	保健師又は経験のある看護師
ふりがな 氏名	【写真】 最近3ヶ月以内に 撮影したもの。  本人を確認できるもので あればスナップ切り抜き可。
生年月日 年 月 日 (満 歳)	
ふりがな 現住所 (〒 - )	電話 (携帯電話可) ( ) -
(連絡先が上記と異なる場合のみ記入) 日中電話を受けられる方の氏名と続柄を記入してください。 連絡先 ふりがな 氏名 ( ) 続柄 ( )	電話 (携帯電話可) ( ) -

年	月	最終学歴
昭・平・令		卒業

年	月	職歴〔会社名、入退社、雇用形態(正社員・パート等)等を記入〕
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		
昭・平・令		

記入上の注意 1 黒または青インクの筆記具を使用し、文字は楷書で丁寧に記入してください。  
2 ※印部分は、該当するものを○で囲む。

年	月	免 許・資 格	記 号 番 号
昭・平・令			
昭・平・令			
昭・平・令			
昭・平・令			
昭・平・令			

志望の動機 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
趣味・特技など <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

扶養家族数 (配偶者除く)	配 偶 者	配偶者の扶養義務	通 勤 方 法
人	有 ・ 無	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> バイク・自転車・徒歩

社会福祉法人 あきる野市社会福祉協議会