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 | | | | |  | 【写　真】  最近３ヶ月以内に  撮影したもの。 |
| 氏　名 | | | | |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日　　（満　　　歳） | | | | |  | 本人を確認できるもので  あればスナップ切り抜き可。 |
| ふりがな | | | | | 電話 (携帯電話可)  （　　　　　）  － | |
| 現住所（〒　　　－　　　　　） | | | | |
|
| (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。 | | | | | 電話 (携帯電話可)  （　　　　　）  － | |
| 連絡先  ふりがな  氏　名（　　　　　　　　　　　　）　続　柄（　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 |  | |  | | | |

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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 趣味・特技など |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □自家用車　□電車・バス　□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