

履 歴 書

年 月 日現在

写真(3cm×4cm)	フリガナ				※
	氏 名	(男・女)			
	生年月日	昭和・平成	年	月	
	現住所	〒 電話() - 携帯電話() -			
	連絡先 (上記以外に連絡を希望する場合のみ記入)	〒 電話() - 携帯電話() -			
メールアドレス		@			

学 歴	学 校・学 科 名	期 間	区 分
	中 学 校	昭・平 年 月 日	卒
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見

職 歴	勤 務 先 名	期 間
		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

免 許 資 格	種 別	取得年月日	種 別	取得年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

通勤時間	約	時間	分	扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 無	配偶者の 扶養義務	有 無
------	---	----	---	------------------	---	-----	-----	--------------	-----

趣 味	志望動機
得意な学科	
スポーツ	
今回この募集を何処でお知りになりましたか？ 市報・ホームページ・知人友人から ハローワーク・その他()	
希望勤務先 (りんくう総合医療センター・泉州救命救急センター・どちらでもよい)	
新卒・既卒(勤務開始可能日_____年_____月_____日から)	

(注)※欄は記入しないで下さい。

看護師(非・臨)