応募職種（　看護職　）

記入日　平成　　年　　月　　日

履 歴 書

ふりがな			
氏　　名			
生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）		性別	男 ・ 女

写真貼付
3㎝×4㎝

上半身、正面、脱帽
3ヵ月以内撮影のもの
写真裏面に
氏名を記入

現住所	ふりがな 〒　　－ TEL　　－　　－　　（携帯電話）　　－　　－
E-mail	
帰省先住所	ふりがな 〒　　－ TEL　　－　　－　　（現住所以外への連絡の希望　有　・　無　）

年	月	学歴（高等学校から記載して下さい）
		職歴

福井県済生会病院

氏名

年	月	免許・資格

ゼミ・卒業論文・今までに取り組んだ研究テーマ、または得意な科目（概要・成果など）

クラブ・サークル活動・文化活動などの体験から得たもの

趣味・特技

当院への志望の動機

自己ＰＲまたは今最も力を入れて取り組んでいる事

配属先希望

□　なし　　□　あり　⇒（※具体的に（診療科・領域をご記入下さい）　　）

選考日時希望　どちらかに○を付けて下さい。

（　　）　第 1 回目：平成 30 年 7 月 14 日（土）

（　　）　第 2 回目：平成 30 年 7 月 28 日（土）

配偶者の有無	配偶者の扶養義務	扶養家族数
有　・　無	有　・　無	（配偶者を除く）　　人
通勤時間 約　　時間　　分	入寮希望 有　・　無	