

履 歴 書

平成 年 月 日現在

カラー写真を貼付
してください。
本人単身胸から上

ふりがな 氏名		印		
生年月日		(満 才)	性別 男 女	
現住所 〒		ふりがな		電話
FAX番号				
連絡先 〒		ふりがな		電話
FAX番号				
E-mail	緊急連絡先：携帯等			

年	月	学歴・職歴（各別にまとめて書く）	修学年数

氏名：

医療・社会福祉関係の資格・免許等			左記以外の資格・免許等		

当法人を希望する理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

自己PR等

.....

.....

.....

.....

.....

.....

医療・福祉に関するボランティア経験等

.....

.....

.....

.....

.....

得意科目・得意分野・卒業研究テーマ等

.....

.....

.....

.....

氏名：

趣味・特技	長所・短所	通勤時間	
	(長所)	約	時間 分
		配偶者	配偶者の扶養義務
		有り	有り
	(短所)	無し	無し
		扶養親族数(配偶者を除く)	
		人	

希望職種等(希望に を付けてください 複数回答可)

1. 希望法人(法人名をご記入ください)

社会医療法人 仁厚会
 社会福祉法人 敬仁会

第1希望

仁厚会

第2希望

2. 希望職種

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 事務員 |
| <input type="checkbox"/> 療法士 | <input type="checkbox"/> 保育士 | <input type="checkbox"/> 調理員 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 介護・支援職員 | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 相談員 | <input type="checkbox"/> 不問 |

3. 希望施設

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 病院 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input checked="" type="checkbox"/> 救護施設 |
| <input type="checkbox"/> 在宅部門 | <input checked="" type="checkbox"/> 養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> 保育所 |
| <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者施設 | <input type="checkbox"/> 不問 |

4. 勤務地

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 倉吉市 | <input type="checkbox"/> 鳥取市鹿野町 | <input type="checkbox"/> 鳥取市気高町 | <input type="checkbox"/> 東伯郡北栄町 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 湯梨浜町 | <input checked="" type="checkbox"/> 西伯郡大山町 | <input type="checkbox"/> 米子市 | <input type="checkbox"/> 不問 |

上記は参考質問です。職種及び勤務地は採用後別途決定となります。

その他お気づきの点、質問、伝えておきたい事がございましたらご記入ください。
