

履歴書

平成 年 月 日現在

写真を貼る位置

縦4cm×横3cmの写真を使用してください。

フリガナ			
氏 名			
昭・平 歳)	年 月 日生 (満	性別	☐ 男 ☐ 女
現住所	〒 ー	TEL.	
		携帯	
連絡先	〒 ー (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入)	TEL.	
		本人との関係 ()	

年号 年 月	学歴 (高等学校卒業から記入)

就職年月	職歴 (パート・アルバイトを含む)	主な所属科
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		

登録年月日	医療・福祉関係の資格・免許	登録番号

志望の動機

業務をしていく上で大切にしていること

リハビリ職としての今後の目標

自己紹介（趣味・スポーツ・長所・短所）

取り組んだ研究・事例／委員会活動・役割など

健康状態・病歴

* 既往歴 アレルギー （ 有 ・ 無 ）【 】

* 現在通院、継続している病気（腰痛など）

* つぎの感染症と予防接種について、該当するところに○をつけて下さい

- | | | | |
|---|-----------|-------|----------------------|
| ① | 麻 疹 | 有 ・ 無 | ・ 予防接種（ 済み ・ 未 ・ 不明） |
| ② | 水 痘 | 有 ・ 無 | ・ 予防接種（ 済み ・ 未 ・ 不明） |
| ③ | 風 疹 | 有 ・ 無 | ・ 予防接種（ 済み ・ 未 ・ 不明） |
| ④ | 流行性耳下腺炎 | 有 ・ 無 | ・ 予防接種（ 済み ・ 未 ・ 不明） |
| ⑤ | B C G 接 種 | 有 ・ 無 | ・ 予防接種（ 済み ・ 未 ・ 不明） |

通勤時間

扶養家族（配偶者を除く）

配偶者

配偶者の扶養義務

約 時間 分

人

有 無

有 無