

# 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                    | 年  | 月 | 日生（満 歳）                                               |
|                        | 性別 |   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 現住所                    | 〒  | — | TEL.                                                  |
|                        |    |   | 携帯                                                    |
| 連絡先                    | 〒  | — | TEL.                                                  |
|                        |    |   | 本人との関係（ ）                                             |
| (現住所以外に連絡を必要とする場合のみ記入) |    |   |                                                       |

| 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