

履歴書

令和 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 | 〒 | — | (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

| | | |
|---|----|---|
| 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 |
|---|---|