

履歷書

平成 年 月 日現在

フリガナ			縦 4cm×横 3cm の写真を使用してください。
氏 名			
昭・平	年	月 日生（満 歳）	
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（ ）

[illegible][illegible]

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	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

医療法人溪仁会 札幌溪仁会リハビリテーション病院