

# 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  | 〒 | —                      | 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 |
|                    |

|                |
|----------------|
| 放射線技師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      |