

※太枠は記入不要

整理番号		受験番号	
------	--	------	--

履 歴 書

西暦 年 月 日 現在

カラー写真
(裏面に氏名を記入)

35mm × 45mm

氏 名	ふりがな			男 女
生年月日	西暦	年	月	日生(満 歳)
現住所	ふりがな			
	〒			
	電話		携帯電話	
	e-mail*		@	
緊急連絡先 住所・電話	ふりがな		氏名	続柄
	〒			
	電話または携帯電話			

学 歴	西 暦	高等学校入学より記入、卒業見込みも記入	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	

職 歴	期 間	勤務先名	職務内容(配属・職種等)	雇用形態	※常勤以外の場合
	年 月 ~ 年 月				常勤・臨時・ パート
年 月 ~ 年 月				常勤・臨時・ パート	勤務日数：週 日、月 日 勤務時間：1日 時間
年 月 ~ 年 月				常勤・臨時・ パート	勤務日数：週 日、月 日 勤務時間：1日 時間
年 月 ~ 年 月				常勤・臨時・ パート	勤務日数：週 日、月 日 勤務時間：1日 時間
年 月 ~ 年 月				常勤・臨時・ パート	勤務日数：週 日、月 日 勤務時間：1日 時間

(参考情報)

■勤務に対する希望を記入してください。

1. 希望病院の優先順位

() 大学／附属東 () 藤が丘／藤が丘リハ () 横浜市北部 () 江東豊洲 () 烏山
※既卒者対象

2. 希望診療科目名の優先順位(3つ)

() 成人 () 小児 () 母性 () 救命救急センター・救急センター(ER)
() ICU () 手術室 その他(診療科名:)

3. その他希望内容

()

4. 入寮希望 ※○印を記入

() 希望する () 希望しない

*「希望しない」に○をした方で、配属病院により希望する場合はその病院名を記入 ()

■病院が実施した就職イベントへの参加の有無を記入してください。

1. 就職説明会への参加 ※○印を記入

() 昭和大学附属病院主催 () 企業主催 () 学校主催

2. インターンシップに参加した病院 ※○印を記入

【対面・オンライン】

() 大学／附属東 () 藤が丘／藤が丘リハ () 横浜市北部 () 江東豊洲 () 烏山

3. 病院見学会に参加した病院 ※○印を記入

【対面・オンライン】

() 大学／附属東 () 藤が丘／藤が丘リハ () 横浜市北部 () 江東豊洲 () 烏山

	取得年月日・取得見込み年月	登録番号	名称
資格等見込			看護師免許 取得・見込み※

※取得・見込みいずれかに○印をつけてください。※記入欄が足りない場合は、看護関係の資格を優先的に記入してください。

奨学金制度を利用の方で採用に際し限定がある場合は記入してください。

※太枠は既卒者のみ記入

--

勤務希望日	年 月
-------	-----

採用試験日程 (受験希望日に○印をつけてください)	4月22日(土)	7月29日(土)○
	5月13日(土)	8月5日(土)
	5月27日(土)	8月19日(土)
	6月3日(土)	9月2日(土)
	6月17日(土)	9月16日(土)○
	7月1日(土)	9月30日(土)
	7月8日(土)●	10月14日(土)
	7月15日(土)	10月28日(土)

受験希望日	月 日
-------	-----

筆記試験 希望日※	第一希望 月 日
	第二希望 月 日

※Web試験(書類受付最終日の3日後～受験希望日前日の平日を記入)

※対面試験(試験日当日を記入)

●助産師 Web 試験 ○対面試験

○応募書類について

本履歴書、添付書類および封筒に記載いただいた個人情報については、本学が看護職員を募集するために行う採用試験、ならびに合格の場合の採用までの手続きにのみ利用し、適切な管理を行います。

また、ご提出いただいた書類は、不合格・辞退等にかかわらず一切返却いたしません。予めご了承の上、ご応募願います。

* メールで連絡する場合があります。アドレスをお持ちの場合は必ずメールアドレスを記入してください(携帯メール可)