

履 歴 書

| | |
|---------------------|-----|
| ふりがな | 性 別 |
| 氏 名 | |
| 昭和・平成 年 月 日 生 (満 才) | |
| (令和 年 月 日現在) | |

| |
|--|
| 写真貼付 (3.5mm×4.5mm) 本人単身、胸から上の写真で 3ヶ月以内に撮影したもの |
|--|

| | |
|------|---|
| 応募職種 | リハビリ職員 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の資格を有する方、または左記の資格を取得見込みの方) |
|------|---|

| | |
|------------------------|---------|
| ふりがな | 連絡先電話番号 |
| 現住所 (〒 -) | (自宅) |
| | (携帯) |
| メールアドレス | @ |
| 連絡先 (〒 -) (現住所以外の連絡先) | その他電話番号 |
| | (電話) |

| 年 | 月 | 日 | 学 歴 (高等学校卒業から記入) |
|---|---|---|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 就職年月日 | 職 歴 | 退職年月日 |
|-------|-----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 年 | 月 | 日 | 資 格・免 許 |
|---|---|---|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

記入上の注意

1. 氏名は戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。
2. 文字は楷書、数字はアラビア数字で正確に記入してください。

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

特技・得意学科・スポーツなど

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

志望動機

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

自己PR

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

配属先の希望 ※希望する配属先に「○」をつけてください。また理由も記入してください。

【 回復期 地域包括ケア 急性期（脳血管、運動器、心大血管） 訪問 その他（ ） 希望なし 】

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

| | | | | | |
|---------------|---|---------|-----|----------|-----|
| 扶養家族数（配偶者を除く） | 人 | 配偶者 | 有・無 | 配偶者の扶養義務 | 有・無 |
| 通勤所要時間 | 分 | 宿舎希望の有無 | | 有 | ・ 無 |