履　歴　書　（新卒用）

ふりがな 氏　　名 印	写真
年月 昭和・平成　年　月　日生　（満　才）	男・女

ふりがな 現住〒	電話
ふりがな 連絡先　　現住所以外に連絡する場合のみ記入 方	電話

年	月	学歴・職歴（項目別にまとめて書く）

記入上の注意　①黒又は青の筆記具で記入。　②数字ははアラビア数字で、文字は崩さないように正確に。

社会福祉法人函館厚生院　　函館中央病院

年	月	免　許・資　格

その他

得意な学科	趣　味	スポーツ

当院志望の動機

健康に関する事項			予防接種	罹患年齢
	ツベリクリン反応（　　×　　） 測定日　年　月	水　痘	済　未 （　才）	才
	・現在治療中の疾患　有（ 無	麻　疹	済　未 （　才）	才
	・健康上気になること 有（　　） 無	風　疹	済　未 （　才）	才
	その他	流行性耳下線炎	済　未 （　才）	才