履 歴 書

年　　月　　日現在

社会医療法人仁愛会

ふりがな	
氏 名	
年　　月　　日生（満　　歳）	性別　男 ・ 女
ふりがな	
現住所　〒	
TEL	希望職種：
携帯電話	連絡の取れる時間帯：
メールアドレス	面接希望日： ※複数記載可

写真を貼る
位置

※募集要項記載の指定面接日以外の面接対応日は平日のみが対象になります。

年	月	学 歴 ・ 職 歴（各別にまとめて記入）
		中学校　入学
		中学校　卒業
		賞　罰
		以上相違はありません。

※学歴・職歴欄が足りない場合は、別紙を記載して下さい。
※年は西暦・和暦どちらでも構いません。
※顔写真：1. 縦 36～40 mm　横 24～30 mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面にのりづけ 4. 裏面に氏名記入
※A3サイズ用紙で印刷下さい。

年	月	免 許 ・ 資 格

※欄が足りない場合は別紙を添付して下さい。

当法人を志望する理由

特　　技：	扶養家族（配偶者を除く）　　人	
趣　　味：	配偶者の有無	有 ・ 無
得意科目：	配偶者の扶養義務	有 ・ 無

質問事項：当法人の募集をどのように知りましたか？

当法人HP ・ その他インターネット求人サイト ・ ハローワーク ・ その他公共事業求職事業所 ・ 知人・友人

人材紹介会社 ・ 学校学生課もしくは就職課 ・ その他（　　）