



【様式 J-5-1】

年	月	資格・免許

志望の動機	健康状態	
	扶養家族（配偶者を除く） 人	
	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無
本人希望記入欄		
採用試験希望月日	① 年 月 日（ ）	② 年 月 日（ ）
希望勤務地	<input type="checkbox"/> 初台リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 在宅総合ケアセンター元浅草 <input type="checkbox"/> 船橋市リハビリセンター	<input type="checkbox"/> 船橋市立リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 在宅総合ケアセンター成城 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
転居予定	有・無	通勤時間 約 時間 分
入職可能（希望）月日	年 月 日（ ）	

## 職 務 経 歴 書

職種 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 【自己PR（長所・短所・趣味）】

--

## 【勤務先 1】 \* 職務経歴は、新しいものから順に記載して下さい。

在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)
勤務先名称	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤
労働時間	時間/週
職務内容	

## 【勤務先 2】

在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)
勤務先名称	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤
労働時間	時間/週
職務内容	

## 【勤務先 3】

在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)
勤務先名称	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤
労働時間	時間/週
職務内容	

## 【勤務先 4】

在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)
勤務先名称	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤
労働時間	時間/週
職務内容	

記載日 年 月 日

# 記入サンプル

## 履 歴 書

2022 年 2 月 1 日現在

ふりがな	きせい はなこ		
氏 名	輝生 花子		
	1994 年	6 月	1 日生 ( 28 歳) (男・女)

年表記は全て  
西暦で記載ください

ふりがな	とうきょうと たいとうく ひがしうえの	電話
現住所	〒110-0015 東京都台東区東上野 1-28-9 キクヤビル 5 階	03-5816-8053 (携帯) 090-0000-0000
E-mail	saiyo@kiseikai-reha.com	
ふりがな		電話
連絡先	〒  同上	

パソコンからのメールや  
添付ファイル付きメールを  
受信できるアドレスを記載ください

年	月	
2013	3	東上野高等学校 卒業
2013	4	輝生大学 入学
2017	3	” 卒業
		職歴
2017	4	船橋リハビリ病院 入職
2019	3	” 退職
2019	4	初台リハビリクリニック 入職
2022	3	” 退職予定
		以上

## 記入サンプル

年	月	資格・免許
2017	3	看護師免許 取得

志望の動機  在宅に向けた支援体制の整っている貴院に魅力を感じました。また、職種を超えチームで患者に向き合う貴院であれば、これまでの経験を活かしながら自分がやりたいと思った看護を学べると考え、志望いたしました。	健康状態	
	良好	
	扶養家族（配偶者を除く） 0 人	
	配偶者 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	配偶者の扶養義務 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
本人希望記入欄  貴院の規定に従います。		
採用試験希望月日	① 年 月 日（ ） ② 年 月 日（ ）	
希望勤務地	<input checked="" type="checkbox"/> 初台リハビリテーション病院 <input checked="" type="checkbox"/> 船橋市立リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 在宅総合ケアセンター元浅草 <input type="checkbox"/> 在宅総合ケアセンター成城 <input type="checkbox"/> 船橋市リハビリセンター <input type="checkbox"/> どちらでもよい	
転居予定	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	通勤時間 約 1時間00分
入職可能（希望）月日	2022年 4月 1日（金）	

# 記入サンプル

【様式J-5-2】

## 職務経歴書

希望職種を  
記載ください

職種 看護師  
氏名 輝生 花子

### 【自己PR (長所・短所・趣味)】

長所は、相手の立場に立って気持ちを汲み取ることができることだと考えております。  
患者さまだけでなく、ご家族に寄り添った医療を提供し、知  
として更に成長したいと思います。  
趣味は映画鑑賞とツーリングです。

新卒で職歴のない方も  
自己PRを記載ください

### 【勤務先 1】 \*職務経歴は、新しいものから順に記載して下さい。

在籍期間	2019年 4月 1日 ~ 2022年 3月 31日 ( 2年 0ヶ月)		
勤務先名称	初台リハビリクリニック		
雇用形態	<input checked="" type="radio"/> 常勤	<input type="radio"/> 非常勤	労働時間
職務内容	回復期リハビリテーション病棟を担当 採決・点滴等の主義業務、実地指導、バイタルサイン		

退職予定の方は、  
予定日を記載ください

### 【勤務先 2】

在籍期間	2017年 4月 1日 ~ 2019年 3月 31日 ( 2年 0ヶ月)		
勤務先名称	船橋リハビリ病院		
雇用形態	<input checked="" type="radio"/> 常勤	<input type="radio"/> 非常勤	労働時間
職務内容	回復期リハビリテーション病棟を担当 採決・点滴等の主義業務、実地指導、バイタルサイン		

週の労働時間を  
記載ください

### 【勤務先 3】

在籍期間	年	月	日	～	年	月	日
勤務先名称							
雇用形態	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	労働時間	時間/週	
職務内容							

常勤/非常勤は  
いずれかに必ず  
○をつけてください

### 【勤務先 4】

在籍期間	年	月	日	～	年	月	日
勤務先名称							
雇用形態	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	労働時間	時間/週	
職務内容							