

# 個人票

## 1. 氏名等

職員番号		氏名	(フリガナ)	
生年月日 <small>(西暦で記載)</small>	. . 生	年齢	才	月 (採用予定日現在)
現住所	〒 —			
	自宅電話 ( ) 携帯電話 ( )			

## 2. 採用後の住所 (予定しているところに○をつける)

( ) 現住所 ( ) (現住所と別の) アパート・マンション ( ) 看護師寮

( ) その他(具体的に): \_\_\_\_\_

通勤時間 (片道): \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 (住所が明確な場合、記入してください)

## 3. 最終学歴 (看護師・助産師): 学校名 \_\_\_\_\_

(1) 実習施設名: \_\_\_\_\_

(2) 次の部門の実習経験はありますか。(あてはまるものに○をつける。)

外来 (有・無) 手術室 (有・無) ICU (有・無) 救急 (有・無) 夜勤 (有・無)

(3) 病棟実習で全く経験のないものがあれば○をつけてください。

( ) 脳神経 ( ) 循環器 ( ) 呼吸器 ( ) 消化器

( ) 泌尿器 ( ) 感覚器 ( ) 骨・筋肉

## 4. 身体的状況について

(1) 身長等

身長	c m		体重	k g	
視力	右	裸眼・矯正	左	裸眼・矯正	

(2) 特異体質 ( 無 ・ 有 : 具体的に )

(3) アレルギー体質 ( 無 ・ 有 : 具体的に )

(4) 腰痛の既往 ( 無 ・ 有 : 具体的に )

(5) 手荒れ ( 無 ・ 有 : 具体的に )

(6) 常用している薬 ( 無 ・ 有 : 具体的に )

(7) 予防接種したことがあるもの

( 風疹 ・ 水痘 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 新型コロナウイルス感染症)

(8) 既往症

	病名	時期	手術の有無
入院して治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)
通院して長期に治療を受けたもの			無・有 (時期)
			無・有 (時期)

5. 配属場所を決定する際の参考にさせていただきますので、希望の配属場所の番号を理由とともに必ず第2希望まで書いてください。※必ずしも希望通りにならない場合もあります。  
また、助産師採用の方は、産科病棟以外の希望部署を1か所（第1希望の欄に）記載してください。

採用職種 （ 看護師 ・ 助産師 ） ←どちらかに○をつけてください

第1希望		(理由)
第2希望		(理由)

- ① 一般病棟
- ② 救急病棟・ICU・HCU
- ③ 手術室・放射線科（内視鏡検査、血管治療等）

6. 就職した後のことについて、今一番気がかりに思っていることは何ですか。

7. 現在までの勤務経験について記入してください。

施設名	就職年月日	退職年月日	勤務場所	職務内容（具体的に）