|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免 許 ・ 資 格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 得意な科目・分野 | 趣味・特技 |
|  |  |
| 自覚している性格 | 課外活動 |
|  |  |
| 自 己 P R |  |
| IMSグループへの志望動機 |  |



写真貼付

　　　　　　履歴書（ＩＭＳ応募書式・リハビリ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 希望職種 |  |
| 氏名 |  |  | アイテムを選択してください。 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　 |  | 年　　　　 |  | 月　　　　 |  | 日　　　 | （満　　　　 |  | 歳） |
| ふりがな |  |
| 現住所 | 〒　 |  |
|  |
|  | TEL：　 |
| E-mail |  | 携帯電話 |  |
| 最寄駅 |  | 線 |  | 駅 | 最寄駅までの交通手段 ( |  | ・ |  | 分） |
| ふりがな |  |
| 帰省先等 | 〒　 |
|  |
|  | TEL：　 |
| 年 | 月 | 学　　歴　・　職　　歴 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
| 実習先及び期間 | 期間 | 実習先 |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |

 記入日 年 月 日

入　職　希　望　書

|  |  |
| --- | --- |
| 学 校 名 |  |
| 氏 名 |  |
| 職 種 | アイテムを選択してください。 |

・見学を実施した病院・施設で入職を希望する病院・施設名と見学日をご記入下さい。

・配属地域で希望を出すことも可能です。地域で希望がある場合は「東京地区」「埼玉地区」「神奈川地区」

「千葉地区」などとお書きください。

地域希望をする場合、当該地域の1施設以上を見学していることが条件となります。

・地区ごとの採用を希望される場合には見学日の記載は必要ありません。

・実習（見学・評価・総合）を実施した施設を希望する場合、見学が免除となることがあります。詳しくは施設に

お問い合わせください。見学が免除となった場合、見学日の記入は不要です。

・PTの方は募集人数に対し応募人数を超える可能性があるため、3施設以上記入して頂くことを推奨します。

採用試験の前に病院・施設見学をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 見学日 | 施設名 | 見学日 |
| 第一希望： |  | / | 第四希望： |  | / |
| 第二希望： |  | / | 第五希望： |  | / |
| 第三希望： |  | / | 第六希望： |  | / |

上記以外にIMSグループ内の施設で見学に行った施設があれば記入してください。

施設名：

★ 採用試験の結果を履歴書（現住所）と異なる場所に送付希望する場合は、送付先住所をご記入ください。

〒

＜書類提出先＞

〒174-0051 東京都板橋区小豆沢 3-3-2

ＩＭＳ（イムス）グループ 本部事務局 人事部宛

電話 03-3965-5977（直通）

03-3965-5971（代表）

Ｅ－ｍａｉｌ saiyo@ims.gr.jp