

履歴書

西暦 年月日現在

正面上半身
(40×30mm)
6か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

フリガナ		男女
氏名		印
生年月日	西暦 年 月 日	生 (満 歳)

フリガナ		TEL
現住所	〒	携帯 TEL
フリガナ		
所属施設名	* 正式名称を記入すること	
所属施設	〒	TEL 所属部署もしくは内線番号 () FAX
住 所		
免許取得年月日	保健師 西暦 年 月 日	号
	助産師 西暦 年 月 日	号
	看護師 西暦 年 月 日	号

資格取得

【資格名】 *上記以外の医療に関する資格のみ記載	【取得日】
--------------------------	-------

学歴

一般学歴		西暦 年 月 卒業
専門学歴		西暦 年 月 卒業

職歴

【施設名・診療科】	【期間】
-----------	------

記入見本

(様式 2)

履歴書

西暦 2020 年 3 月 10 日現在

正面上半身
(40×30mm)
6か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

フリガナ	ヤマダ ハナコ	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
氏名	山田 花子	<input checked="" type="radio"/> 山田
生年月日	西暦 1988 年 5 月 16 日生	(満 31 歳)

フリガナ	○○ケン○○シ○○チョウ	
現住所	〒123-0045 ○○県○○市○○町 1 丁目 1-1	TEL 0123-456-7890 携帯 TEL 090-1234-5678
フリガナ	○○ケンリツ ○○ビョウイン	
所属施設名	○○県立 ○○病院	* 正式名称を記入すること
所属施設 住 所	〒123-0065 ○○県○○市○○町 2 丁目 2-2	TEL 0123-194-1110 所属部署もしくは内線番号 (内線 456) FAX 0123-194-1112
免許取得年月日	保健師 西暦 年 月 日	号
	助産師 西暦 年 月 日	号
	看護師 西暦 2010 年 4 月 5 日	○○○○○○ 号

資格取得

【資格名】 *上記以外の医療に関する資格のみ記載 感染管理認定看護師	【取得年】 2017 年
---------------------------------------	-----------------

学歴

一般学歴	○○県立 ○○高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業
専門学歴	○○県立 ○○看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業

職歴

【施設名・診療科】 ○○県立○○病院 (外科病棟 3 年、血液内科病棟 4 年、感染管理専従 看護師 3 年)	【期間】 2010 年 4 月～2020 年 3 月 (10 年 0 月)
	※必ず年数を記載 現在に至る