

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 住 所	〒		TEL 所属部署もしくは内線番号 () FAX
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】	

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
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	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ		TEL 0123-456-7890 携帯 TEL 090-1234-5678
現住所	〒123-0045 〇〇県〇〇市〇〇町 1 丁目 1-1		
フリガナ	〇〇ケンリツ 〇〇ビョウイン		
所属施設名	〇〇県立 〇〇病院 * 正式名称を記入すること		
所属施設 住 所	〒123-0065 〇〇県〇〇市〇〇町 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	〇〇〇〇〇〇 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	〇〇県立 〇〇高等学校	西暦 2007 年 3 月 卒業	
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校	西暦 2010 年 3 月 卒業	
職 歴			
【施設名・診療科】 〇〇県立〇〇病院 (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) 現在に至る		【期間】 2010 年 4 月～2020 年 3 月 (10 年 0 月) ※必ず年数を記載	