

※受験番号	
-------	--

履 歴 書

西暦 2026 年 月 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3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】	

※欄は記入しないこと。

※受験番号	
-------	--

履歴書

西暦 20.. 年 2 月 7 日現在

正面上半身
(40×30mm)
3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	<div>山田</div>
生年月日	西暦 19.. 年 1 月 1 日生 (満 30 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	20.. 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		【取得日】 2017年	
学 歴			
一般学歴	〇〇県立 〇〇高等学校		西暦 20.. 年 3月 卒業
専門学歴	〇〇県立 〇〇看護専門学校		西暦 20.. 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～	

※欄は記入しないこと。