

(様式 2)

※受験番号

正面半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

履歴書

西暦 2026 年 月 日現在

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 ()
住 所	〒	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。

(様式 2)

記入見本

※受験番号

正面半身
(40×30mm)
3か月以内に
撮影したもの
裏面に氏名を記入

履歴書

西暦 20.. 年 2 月 7 日現在

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	山田 <input checked="" type="radio"/>
生年月日	西暦 19.. 年 1 月 1 日生 (満 30 歳)	

フリガナ	○○ケン○○シ○○チョウ	TEL 0123-456-7890 携帯TEL 090-1234-5678
現住所	〒123-0045 ○○県○○市○○町1丁目1-1	
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	〒123-0065	TEL 0123-194-1110 所属部署もしくは内線番号 (内線 456) FAX 0123-194-1112
住 所	○○県○○市○○町2丁目2-2	
免許取得 年月日	保健師 西暦 年 月 日 助産師 西暦 年 月 日 看護師 西暦 20.. 年 4 月 5 日	号 号 ○○○○○○ 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	○○県立 ○○高等学校	西暦 20.. 年 3 月 卒業
専門学歴	○○県立 ○○看護専門学校	西暦 20.. 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) 現在に至る	【期間】 2010年4月～
---	------------------

※欄は記入しないこと。