

※受験番号	
-------	--

# 履 歴 書

令和 年 月 日現在

カラー写真貼付  
(縦4.5cm×横3.5cm)

1. 上半身・正面6か月以内に撮影したもの  
2. 写真裏面に氏名を記入すること

ふりがな			男 女
氏 名			印
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(満 歳)
ふりがな			
現 住 所	(〒 - )		
電話番号	自宅：( )		携帯：( )
勤 務 先	ふりがな		
	名称	*正式名称を記入すること	
	ふりがな		
	所在地	(〒 - )	
	TEL	所属部署若しくは内線番号 ( )	
免 許	職種		職位
	看護師免許	昭和・平成・令和 年 月 日	免許取得 号
	保健師免許	昭和・平成・令和 年 月 日	免許取得 号
助産師免許	昭和・平成・令和 年 月 日	免許取得 号	
資格取得			
資格名			取得日
学 歴			
一般学歴			昭和・平成・令和 年 月 卒業
専門学歴			昭和・平成・令和 年 月 卒業
職 歴			
【施設名・診療科】		【期間】	

見本

※受験番号

## 履歴書

令和8年8月1日現在

カラー写真貼付  
(縦4.5cm×横3.5cm)

ふりがな	あかさか はなこ	男女	男
氏名	赤坂 花子	印	(赤坂)
生年月日	昭和・平成 2年4月2日生	(満36歳)	
ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう		
現住所	(〒123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1		
電話番号	自宅:(0123-45-6789) 携帯:(090-1234-5678)		
勤務先	ふりがな	〇〇けんりつ〇〇びょういん	
	名称	〇〇県立〇〇病院 *正式名称を記入すること	
	ふりがな	〇〇けん〇〇し〇〇ちょう	
	所在地	(〒123-7890) 〇〇県〇〇市〇〇町5丁目1 TEL0123-45-8989 所属部署若しくは内線番号(1234)	
	職種	看護師	職位
免許	看護師免許	昭和・平成 年 月 日	免許取得 〇〇〇〇〇〇〇〇〇号
	保健師免許	昭和・平成 年 月 日	免許取得 号
	助産師免許	昭和・平成 年 月 日	免許取得 号
資格取得			
資格名	取得日		
感染管理認定看護師	平成28年		
学歴			
一般学歴	〇〇県立〇〇高等学校		昭和・平成 年 3月 卒業
専門学歴	〇〇県立〇〇看護専門学校		昭和・平成 年 3月 卒業
職歴			
【施設名・診療科】	【期間】		
〇〇県立〇〇病院 (外科病棟3年血液内科病棟5年、感染管理専従看護師3年)	平成23年4月～		