

履 歴 書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

写真貼付
(縦 4cm×横 3cm)
1. 最近 6 ヶ月以内に
撮影したもの
2. 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 :
			E-mail :
勤務先	フリガナ		
	所属施設名		
	所属施設住所		
	職種		職位
緊急連絡先			
氏名 _____ (続柄 _____)			
TEL :			
携帯 :			
TEL :			
FAX :			
免許・資格	看護師	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日取得	登録番号 :
	専門看護師資格	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日取得	専門看護分野 : _____ 登録番号 _____
	認定看護師資格	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日取得	認定分野 : _____ 登録番号 _____
	特定行為研修修了	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日修了	研修機関名 : _____
学歴 (※西暦で記入、高等学校から記入)			
(西暦)	_____ 年 _____ 月卒業	_____ 高等学校	_____ 科 卒業
	_____ 年 _____ 月入学		
	_____ 年 _____ 月卒業		
	_____ 年 _____ 月入学		
	_____ 年 _____ 月卒業		
	_____ 年 _____ 月入学		
	_____ 年 _____ 月卒業		
職歴 (※西暦で記入、施設に加え診療科を記載してください)			勤務年数
_____ 年 _____ 月～	_____ 年 _____ 月		_____ 年 _____ ヶ月
_____ 年 _____ 月～	_____ 年 _____ 月		_____ 年 _____ ヶ月
_____ 年 _____ 月～	_____ 年 _____ 月		_____ 年 _____ ヶ月
_____ 年 _____ 月～	_____ 年 _____ 月～		_____ 年 _____ ヶ月
_____ 年 _____ 月～	_____ 年 _____ 月～		_____ 年 _____ ヶ月

様式第2号

履 歴 書 (見本)

*受付番号:

西暦 年 月 日現在

写真貼付
(縦4cm×横3cm)
1. 最近6ヶ月以内に
撮影したもの
2. 裏面に氏名を記入

フリガナ	コクサイ ハナコ	男・女	
氏名	国際 花子	印	
生年月日	(西暦) 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (満〇〇歳)		
フリガナ	トウキョウトシンジュククトヤマ	TEL: 03-XXXXX-XXXXX	
現住所	〒162-〇〇〇〇 東京都新宿区戸山〇丁目〇番〇号	携帯: 090-XXXXX-XXXXX E-mail: XX@XX.co.jp	
勤務先	フリガナ	コクリツコクサイイリョウケンキョクケンキョウセンター	緊急連絡先
	所属施設名	国立国際医療研究センター病院	氏名 (続柄) TEL: 03-XXXXX-XXXXX 携帯: 090-XXXXX-XXXXX
	所属施設住所	〒162-〇〇〇〇 東京都新宿区戸山〇丁目〇番〇号	TEL: 03-XXXXX-XXXXX FAX: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	職種	看護師	職位 副看護師長
免許・資格	看護師	(西暦) 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日取得	登録番号: 〇〇〇〇〇〇〇号
	専門看護師資格	(西暦) 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日取得	専門看護分野: 〇〇〇〇 認定登録番号 〇〇〇〇〇〇号
	認定看護師資格	(西暦) 年 月 日取得	認定分野: 〇〇〇〇 認定登録番号 〇〇〇〇〇〇号
	特定行為研修了	(西暦) 年 月 日修了	研修機関名:
学歴 (※西暦で記入、高等学校から記入)			
(西暦) 〇〇〇〇年 〇月卒業	〇〇県立〇〇高等学校〇〇科 卒業		
〇〇〇〇年 〇月入学 〇〇〇〇年 〇月卒業	〇〇大学看護学部 入学 同 卒業		
年 月入学 年 月卒業			
年 月入学 年 月卒業			
職歴 (※西暦で記入、施設に加え診療科を記載してください)		勤務年数	
〇〇〇〇年 〇月～ 〇〇〇〇年 〇月	〇〇〇〇〇〇病院 〇〇病棟 (〇〇科)		〇年 〇ヶ月
〇〇〇〇年 〇月～ 年 月	〇〇〇〇〇〇病院 〇〇病棟 (〇〇科) 〇〇〇〇年〇〇月現在勤務中		〇年 〇ヶ月
年 月～ 年 月			年 ヶ月
年 月～ 年 月			年 ヶ月