

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. 写真裏面に氏名を
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 :	
				E-mail :	
勤務先	フリガナ				施設概要
	所属施設名				【病床数】 床
	所属施設住所	〒			【看護体制】
	職 種			職 位	TEL : 所属部署又は内線番号 () FAX :
免許	看護師	(西暦) 年 月 日 取得		登録番号 : 号	
	専門看護師資格	(西暦) 年 月 日 取得		特定分野 : 登録番号 : 号	
	認定看護師資格	(西暦) 年 月 日 取得		認定分野 : 登録番号 : 号	
学 歴 (※高等学校卒業から記入)					
(西暦)	年	月	卒業	高等学校	
	年	月	入学		
	年	月	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 (※施設名に加え、診療科を記載してください。)				勤務年数	
(西暦)	年	月	入職	年 ヶ月	
	年	月	離職		
	年	月	入職	年 ヶ月	
	年	月	離職		
	年	月	入職	年 ヶ月	
	年	月	離職		
	年	月	入職	年 ヶ月	
	年	月	離職		
	年	月	入職	年 ヶ月	
	年	月	離職		

【記入例】

履 歴 書

(西暦) 2017年 ○月 ○○日現在

フリガナ	イダイ ハナコ		男・女	写真貼付 (縦4cm×横3cm) 1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 写真裏面に氏名を記入
氏名	医大 花子		医大	
生年月日	(西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日生 (満 ○○歳)			
フリガナ	ナラケンカシハラシシジョウチョウ		TEL : 0744-22-××××	
現住所	〒634-8505 奈良県橿原市四条町○○番地		携帯 TEL : 090-××××-××××	
			E-mail : ○○○○@○○.co.jp	
勤務先	フリガナ	ナラケンリツイイカダイガクフゾクビョウイン		施設概要
	所属施設名	奈良県立医科大学附属病院		【病床数】 978 床
	所属施設住所	〒634-8521 奈良県橿原市四条町 840 番地		【看護体制】 7対1
	職種	看護師	職位	主任
免許	看護師	(西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日 取得 登録番号：○○○○○○号		
	専門看護師資格	(西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日 取得	特定分野：急性重症患者看護 登録番号○○○○○○号	
	認定看護師資格	(西暦) ○○○○年 ○○月 ○○日 取得	認定分野：救急看護 登録番号：○○○○○○号	
学 歴 (※高等学校卒業から記入)				
(西暦) ○○年 ○月卒業	○○県立○○高等学校 卒業			
○○○○年 ○月入学 ○○○○年 ○月卒業	○○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				
年 月入学 年 月卒業				
年 月入学 年 月卒業				
職 歴 (※施設名に加え、診療科を記載してください。)			勤務年数	
(西暦) ○○年 ○月入職 ○○○○年 ○月離職	○○県立○○病院 ○○病棟 (○○科) ○○県立○○病院		○年 ○ヶ月	
○○○○年 ○月入職 ○○○○年 ○月離職	○○法人○○会○○病院 ○○病棟 (○○科) ○○法人○○会○○病院 ○○病棟 (○○科)		○年 ○ヶ月	
○○○○年 ○月入職 年 月離職	○○法人○○会○○病院 ○○病棟 (○○科) ○○○○年○○月現在勤務中		○年 ○ヶ月	
年 月入職 年 月離職			年 ヶ月	
年 月入職 年 月離職			年 ヶ月	