

※受験番号

履 歴 書

西 暦 年 月 日 現在

写真を貼る位置

1. 縦 36~40mm
- 横 24~30mm
2. 6ヶ月以内のもの
3. 裏面に氏名記入

ふりがな			
氏 名			印
生年月日	西 暦	年 月 日	(満 歳) 男・女
現住所	〒		
連絡先	自宅 :	携帯 :	
	E-mail :		
<small>※携帯番号及びE-mailアドレスは必ず記載してください</small>			
勤 務 先	ふりがな		
	名 称		
	所在地	〒	
	連絡先	TEL :	職 位
免 許	(看 護 師)	西 暦	年 月 日 免許取得
	(保 健 師)	西 暦	年 月 日 免許取得
	(助 産 師)	西 暦	年 月 日 免許取得
学 歴	西 暦	年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
<small>※高等学校以上について記載してください</small>			
職 歴	西 暦	年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
<small>※施設名に加え、診療科を記載してください</small>			

※※欄は記入しないでください

※受験番号

これまで 取得した 医療関連の 資格・認定等	※認定分野はこちらに記載してください
所属施設又は 自部署における 主な活動	
学会発表等の 経験	

*記入する事項がない場合は「なし」と記載 PCで入力する際はHPよりダウンロードできます

※受験番号

履歴書

西暦 2025 年 2 月 1日現在

写真を貼る位置

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
2. 6ヶ月以内のもの
3. 裏面に氏名記入

ふりがな	はまの はなこ		
氏名	浜野 花子		印
生年月日	西暦 1975 年 4 月 1 日 (満35歳)	男・女	女
現住所	〒 123-4567 〇〇県 〇〇市 〇〇町1丁目1-1		
連絡先	自宅 : 012-345-5678	携帯 : 080-123-4567	
	E-mail : 〇〇〇 @ 〇〇〇 .co.jp ※携帯番号及びE-mailアドレスは必ず記載してください		
勤務先	ふりがな	こっかこうむいんきょうさいくみあいれんごうかい 〇〇びょういん	
	名称	国家公務員共済組連合会 〇〇〇病院	
	所在地	〒 123-4567 〇〇県 〇〇市 〇〇町1丁目1-1	
	連絡先	TEL :	職位 看護師、看護主任など
免許	(看護師) 西暦 2010 年 4 月 1 日 免許取得	号	
	(保健師) 西暦 年 月 日 免許取得	号	
	(助産師) 西暦 年 月 日 免許取得	号	
学歴	2000 年 3 月	〇〇県立〇〇高等学校 卒業	
	2001 年 4 月	〇〇大学〇〇学部 入学	
	2005 年 3 月	〇〇大学〇〇学部〇〇学科 卒業	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
※高等学校以上について記載してください			
職歴	2005 年 4 月	〇〇病院 採用(呼吸器科病棟:3年)	
	2008 年 3 月	同上 退職	
	2009 年 7 月	〇〇病院 採用(外科病棟:〇年、循環器科病棟:〇年)	
	年 月	現在に至る	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
※施設名に加え、診療科を記載してください			

※受験番号

これまで 取得した 医療関連の 資格・認定等	※認定分野はこちらに記載してください 20〇〇年 呼吸療法認定士 資格取得 2 〇〇〇年 認知症看護認定看護師 資格取得
所属施設又は 自部署における 主な活動	20〇〇年～20〇〇年 認知症ケア委員会 20 〇〇年～20〇〇年 新人指導(プリセプター) 20〇 〇年～現在 感染対策委員会
学会発表等の 経験	20〇〇年第〇回〇〇学会学術集会 発表 テーマ：「 」 20 〇〇年第〇回〇〇学会学術集会 共同研究者 テーマ：「 」

*記入する事項がない場合は「なし」と記載