

# 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に  
2. 写真裏面に氏名を記入

フリガナ			
氏名			
生年月日		(西暦) 年 月 日生 (満 歳)	
フリガナ			
現住所		TEL: 携帯 TEL E-mail:	
勤務先	フリガナ		
	所属施設名	施設概要 【病床数】 床 【看護体制】	
	所属施設住所		
	職種		職位
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	
	認定看護師資格	(西暦) 年 月 日 取得	
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 月 退職	年 月	
	年 月 入職 年 月 退職	年 月	
	年 月 入職 年 月 退職	年 月	
	年 月 入職 年 月 退職	年 月	
	年 月 入職 年 月 退職	年 月	