履歴書

記載例（資格取得見込者）

令和 6 年 5 月 1 日 現在

氏名	大崎　花子

ふりがな おおさき　はなこ

氏名 **大崎　花子**

写真貼付
縦4cm×横3cm
（裏面に氏名記入）

※ 昭和 / (平成) 14 年 4 月 10 日生（満 22 歳）

※ 男・(女)

ふりがな みやぎけんおおさきしふるかわほなみ

住所 〒（○○○ － ○○○○ ）
宮城県大崎市古川穂波○丁目○番○号

Tel ○○○○-○○-○○○○

Fax ○○○○-○○-○○○○

携帯 ○○○-○○○○-○○○○

E-mail ○○○○@○○.jp

ふりがな

連絡先 〒（ － ） 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入
方

Tel

年	月	学歴（中学卒業以降）・職歴など（項目別にまとめて書く）
		学　歴
平成30	3	宮城県▲▲市立●●中学校　卒業
平成30	4	宮城県●●高等学校　◆◆科　入学
令和3	3	宮城県●●高等学校　◆◆科　卒業
令和3	4	●●大学　◆◆学部　◆◆学科　入学
令和7	3	●●大学　◆◆学部　◆◆学科　卒業見込
		職　歴
		な　し
		以上

記入注意　1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入　2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く
3. ※印のところは○でかこむ

業務に必要な資格・免許など（国家資格、保険薬剤師登録など）

登録年月日	免許名	登録番号
令和7年3月	●●●免許　取得見込	

その他の免許・資格

年	月	免許名

その他特記すべき事項

得意な科目・分野	趣味・特技
ご自身の内容を記載してください	ご自身の内容を記載してください
スポーツ・クラブ活動・文化活動などから得たもの	**私の長所・特徴**
ご自身の内容を記載してください	ご自身の内容を記載してください

志望の動機

ご自身の内容を記載してください

希望勤務時間	希望勤務地・勤務部署	
貴院の規定に準ずる	貴院の規定に準ずる	
健康状態：良好	通勤時間：約　時間 10 分	
扶養家族数（配偶者除く）：0 人	奨学金の利用：※ (有)・無	その他：特になし
配偶者：※ 有・(無)	配偶者の扶養義務：※ 有・(無)	採用希望日：令和 7 年 4 月 1 日

保護者（本人が未成年の場合のみ記入）		Tel
ふりがな 氏名	住所 〒	

受理日　　年　　月　　日　　受理No.

大崎市民病院

記載例（有資格者）

履歴書

令和 6 年 5 月 1 日 現在

ふりがな	おおさき　はなこ
氏名	大崎　花子
※ 昭和 / 平成	6 年 4 月 10 日生（満 30 歳）
※	男・女

写真貼付

縦4cm×横3cm
（裏面に氏名記入）

ふりがな	みやぎけんおおさきしふるかわほなみ
住所	〒（〇〇〇 － 〇〇〇〇） 宮城県大崎市古川穂波〇丁目〇番〇号
Tel	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
Fax	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
E-mail	〇〇〇〇@〇〇.jp
ふりがな	
連絡先	〒（ － ）　現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 方
Tel	

年	月	学歴（中学卒業以降）・職歴など（項目別にまとめて書く）
		学　歴
平成22	3	宮城県▲▲市立●●中学校　卒業
平成22	4	宮城県●●高等学校　◆◆科　入学
平成25	3	宮城県●●高等学校　◆◆科　卒業
平成25	4	●●大学　◆◆学部　◆◆学科　入学
平成29	3	●●大学　◆◆学部　◆◆学科　卒業
		職　歴
平成29	4	医療法人　■■会　〇〇病院　入職
令和6	3	医療法人　■■会　〇〇病院　退職予定
		以上

記入注意　1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記用具で記入　2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く
3. ※印のところは〇でかこむ

氏名　大崎　花子

業務に必要な資格・免許など（国家資格、保険薬剤師登録など）

登録年月日	免許名	登録番号
平成29年4月	●●●免許　取得	第〇〇〇〇〇号

その他の免許・資格

年	月	免許名
平成25	3	普通自動車第一種免許取得

その他特記すべき事項

得意な科目・分野	趣味・特技
ご自身の内容を記載してください	ご自身の内容を記載してください
スポーツ・クラブ活動・文化活動などから得たもの	私の長所・特徴
ご自身の内容を記載してください	ご自身の内容を記載してください

志望の動機

ご自身の内容を記載してください

希望勤務時間	希望勤務地・勤務部署	
貴院の規定に準ずる	貴院の規定に準ずる	
健康状態	通勤時間	
良好	約　時間 10 分	
扶養家族数（配偶者除く）	奨学金の利用	その他
1 人	※ 有・無	特になし
配偶者	配偶者の扶養義務	採用希望日
※ 有・無	※ 有・無	令和 7 年 ● 月 1 日

保護者（本人が未成年の場合のみ記入）		Tel
ふりがな 氏名	住所 〒	

受理日　　年　　月　　日　　受理No.

大崎市民病院