

記載例(資格取得見込)

履歴書

令和 2 年 5 月 31 日 現在

ふりがな 氏名		おおさき はなこ		写真貼付 縦4cm×横3cm (裏面に氏名記入)	
大崎 花子					
※	昭和 平成	10 年 5 月 10 日生 (満 21 歳)	※	男	女
ふりがな				Tel	
住所 〒(989 - 6183)				0229-23-3311	
宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号				Fax	
				0229-23-5380	
携帯		090-1234-5678		E-mail	
				jinji@h-osaki.jp	
ふりがな				Tel	
連絡先 〒(-) 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入					
				方	

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25	3	宮城県▲▲市立●●中学校 卒業
平成25	4	宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学
平成29	3	宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業
平成29	4	●●大学 看護学部 看護学科 入学
令和3	3	●●大学 看護学部 看護学科 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

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
令和3年4月	看護師免許 取得見込	
その他の免許・資格		
年	月	免許名
平成30	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 ご自身の内容を記載してください	趣味・特技 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 ご自身の内容を記載してください	私の長所・特徴 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 貴院の規定に準ずる	希望勤務地・勤務部署 〇〇病棟の勤務を希望します。	
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	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3年 4 月 1 日

保護者(本人が未成年の場合のみ記入) ふりがな 氏名	住所 〒	Tel
----------------------------------	------	-----

受理日 令和 年 月 日

受理No. _____

記載例(有資格者)

履歴書

令和 2 年 5 月 31 日 現在

ふりがな 氏名		おおさき はなこ	
大崎 花子		※ 昭和 63 年 5 月 10 日生(満 31 歳)	
		※ 男・女	
ふりがな		住所 〒(989 - 6183)	
		宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号	
携帯 090-1234-5678		E-mail jinji@h-osaki.jp	
ふりがな		Tel	
連絡先 〒(-)		0229-23-3311	
		Fax	
		0229-23-5380	
		Tel	
		方	

写真貼付

縦4cm×横3cm
(裏面に氏名記入)

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15	3	宮城県▲▲市立●●中学校 卒業
平成15	4	宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学
平成18	3	宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業
平成18	4	▲▲市医師会附属准看護学校 入学
平成20	3	▲▲市医師会附属准看護学校 卒業
平成20	4	▲▲市医師会附属高等看護学校 入学
平成23	3	▲▲市医師会附属高等看護学校 卒業
職 歴		
平成23	4	医療法人 ■■会 ○○病院 入職
平成26	3	医療法人 ■■会 ○○病院 退職
平成26	4	△△県立 □□病院 入職
令和2	9	△△県立 □□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○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20年4月	准看護師免許 取得	第○○○○○号
平成23年4月	看護師免許 取得	第○○○○○○○号
その他の免許・資格		
年	月	免許名
平成19	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 ご自身の内容を記載してください	趣味・特技 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 ご自身の内容を記載してください	私の長所・特徴 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 貴院の規定に準ずる	希望勤務地・勤務部署 〇〇病棟の勤務を希望します。	
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) 1 人	その他 特になし	
配偶者 ※ <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	採用希望日 令和 2 年 10 月 1 日

保護者(本人が未成年の場合のみ記入) ふりがな 氏名	住所 〒	Tel
----------------------------------	------	-----

受理日 令和 年 月 日 受理No. _____