

## 記載例(資格取得見込)

## 履歴書

令和 4 年 5 月 31 日 現在

|                                                  |                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名                                      | おおさき はなこ<br><b>大崎 花子</b>                   |
| ※ 昭和<br>平成 12 年 5 月 10 日生(満 21 歳)                | ※ 男・女                                      |
| ふりがな<br>住 所 〒( 989 - 6183 )<br>宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号 | Tel<br>0229-23-3311<br>Fax<br>0229-23-5380 |
| 携帯 090-1234-5678 E-mail jinji@h-osaki.jp         |                                            |
| ふりがな<br>連絡先 〒( ) 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入<br>方        | Tel                                        |

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26 | 3 | 宮城県▲▲市立●●中学校 卒業             |
| 平成26 | 4 | 宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学            |
| 平成30 | 3 | 宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業            |
| 平成30 | 4 | ●●大学 看護学部 看護学科 入学           |
| 令和4  | 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4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<br><br>ご自身の内容を記載してください                | 趣味・特技<br><br>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<br><br>ご自身の内容を記載してください | 私の長所・特徴<br><br>ご自身の内容を記載してください |
| 志望の動機<br><br>ご自身の内容を記載してください                   |                                |

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 希望勤務時間<br><br>貴院の規定に準ずる     | 希望勤務地・勤務部署<br><br>〇〇病棟の勤務を希望します。 |
| 健康状態<br><br>良好              | 通勤時間<br><br>約 時間 10 分            |
| 扶養家族数(配偶者除く)<br><br>0 人     | その他<br><br>特になし                  |
| 配偶者<br><br>※ 有・無            | 配偶者の扶養義務<br><br>※ 有・無            |
| 採用希望日<br><br>令和 5 年 4 月 1 日 |                                  |

|                                  |      |     |
|----------------------------------|------|-----|
| 保護者(本人が未成年の場合のみ記入)<br>ふりがな<br>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 4 年 5 月 31 日 現在

|                             |                        |                     |                  |
|-----------------------------|------------------------|---------------------|------------------|
| ふりがな<br>氏 名                 |                        | おおさき はなこ            |                  |
| 大崎 花子                       |                        |                     |                  |
| ※昭和<br>平成                   | 63 年 5 月 10 日生(満 34 歳) | ※男・女                | 女                |
| ふりがな<br>住 所 〒( 989 - 6183 ) |                        | Tel<br>0229-23-3311 |                  |
| 宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号           |                        | Fax<br>0229-23-5380 |                  |
| 携帯                          | 090-1234-5678          | E-mail              | jinji@h-osaki.jp |
| ふりがな<br>連絡先 〒( - )          |                        | Tel                 |                  |
| 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入         |                        | 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16 | 3 | 宮城県▲▲市立●●中学校 卒業             |
| 平成16 | 4 | 宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学            |
| 平成19 | 3 | 宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業            |
| 平成19 | 4 | ▲▲市医師会附属准看護学校 入学            |
| 平成21 | 3 | ▲▲市医師会附属准看護学校 卒業            |
| 平成21 | 4 | ▲▲市医師会附属高等看護学校 入学           |
| 平成24 | 3 | ▲▲市医師会附属高等看護学校 卒業           |
| 職 歴  |   |                             |
| 平成24 | 4 | 医療法人 ■■会 ○○病院 入職            |
| 平成27 | 3 | 医療法人 ■■会 ○○病院 退職            |
| 平成27 | 4 | △△県立 □□病院 入職                |
| 令和3  | 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21年4月                       | 准看護師免許 取得 | 第○○○○○子      |
| 平成24年4月                       | 看護師免許 取得  | 第○○○○○○○子    |
| その他の免許・資格                     |           |              |
| 年                             | 月         | 免 許 名        |
| 平成20                          | 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    | ○○病棟の勤務を希望します。  |
| 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) | その他             |
| 1 人          | 特になし            |
| 配偶者          | 採用希望日           |
| ※ 有 ・ 無      | 令和 4 年 10 月 1 日 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| 保護者(本人が未成年の場合のみ記入) | Tel  |
| ふりがな<br>氏 名        | 住所 〒 |

受理日 令和 年 月 日 受理No.