

記載例(資格取得見込)

履歴書

令和 8 年 5 月 31 日 現在

ふりがな 氏名 おおさき はなこ 大崎 花子		写真貼付 縦4cm×横3cm (裏面に氏名記入)
※ 昭和 平成	16 年 5 月 10 日生(満 22 歳)	
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		Tel 0229-23-3311
携帯 090-1234-5678		Fax 0229-23-5380
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	3	宮城県▲▲市立●●中学校 卒業
平成	4	宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学
令和	3	宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業
令和	4	●●大学 看護学部 看護学科 入学
令和	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●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
令和●	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 9 年 4 月 1 日	

保護者(本人が未成年の場合のみ記入) 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 8 年 5 月 31 日 現在

ふりがな 氏名 おおさき はなこ 大崎 花子		写真貼付 縦4cm×横3cm (裏面に氏名記入)
※ 昭和 平成 3 年 5 月 10 日生(満 35 歳)	性別 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		Tel 0229-23-3311 Fax 0229-23-5380
携帯 090-1234-5678	E-mail jinji@h-osaki.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●●	3	宮城県▲▲市立●●中学校 卒業
平成●●	4	宮城県●●高等学校 ◆◆科 入学
平成■	3	宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業
平成■	4	▲▲市医師会附属准看護学校 入学
平成▲▲	3	▲▲市医師会附属准看護学校 卒業
平成▲▲	4	▲▲市医師会附属高等看護学校 入学
平成××	3	▲▲市医師会附属高等看護学校 卒業
職 歴		
平成××	4	医療法人 ■■会 ○○病院 入職
平成×■	3	医療法人 ■■会 ○○病院 退職
平成×■	4	△△県立 □□病院 入職
令和●	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▲▲年4月	准看護師免許 取得	第○○○○○号
平成××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■	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 ○○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 ※ 有・無	配偶者の扶養義務 ※ 有・無
採用希望日 令和 8 年 10 月 1 日	

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

受理日 令和 年 月 日 受理No. _____