

記載例(資格取得見込)

履歴書

令和 8 年 ● 月 ● 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 | 14 年 5 月 10 日生(満 24 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 ◆◆学部 ◆◆学科 入学 |
| 令和■ | 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

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 | ●●●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 ○○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) | | Tel |
| ふりがな 氏名 | 住所 〒 | |

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 ● 月 ● 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 | 8 年 5 月 10 日生(満 30 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 E-mail jinji@h-osaki.jp | | 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 |
| 平成■ | 3 | 宮城県●●高等学校 ◆◆科 卒業 |
| 平成■ | 4 | ●●大学 ◆◆学部 ◆◆学科 入学 |
| 平成▲▲ | 3 | ●●大学 ◆◆学部 ◆◆学科 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 | | 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 | 配偶者の扶養義務 | 採用希望日 |
| ※ 有・無 | ※ 有・無 | 令和 8 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 氏名 | 住所 〒 | |

受理日 令和 年 月 日 受理No. _____