

(様式2)

記入例

※受験番号

履歴書

令和4年4月1日現在

カラー写真貼付  
(4.5cm×3.5cm)

1. 上半身・正面6ヶ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に氏名を記入すること

ふりがな	おおむら さくら		
氏名	大村 桜		
	性別	(女)・男)	
		(昭和)・平成 60年5月1日生(満 36歳)	
ふりがな	ながさきけん ○○○し ○○○ちょう		
現住所	(〒 856-0001) 長崎県 ○○市 ○○町 2丁目1001-1		
電話番号	自宅 0957 ( 52 ) 3121 携帯 090 ( 1234 ) 5678 いずれかを必ず記入のこと		
勤務先	ふりがな	ながさきけんりつ ○○○びょういん	
	名称	長崎県立 ○○病院	
	ふりがな	ながさきけん ○○○し ○○○ちょう	
	所在地	(〒 856-0002) 長崎県 ○○市 ○○町 3丁目2-1 TEL 0957 ( 12 ) 3456	
免許	職種	看護師	職位 副看護師長
	看護師免許	昭和(平成) ○年 ○月 ○日	免許取得 ○○○○○○ 号
	保健師免許	昭和・平成 年 月 日	免許取得 号
学歴	助産師免許	昭和・平成 年 月 日	免許取得 号
	長崎県立 ○○○○	高等学校	平成○年 ○月～ ○年 ○月 (卒業) 中退)
	長崎県立 ○○大学	看護学部	平成○年 ○月～ ○年 ○月 (卒業) 中退)
			年 月～ 年 月 (卒業・中退)
職歴			年 月～ 年 月 (卒業・中退)
	* 高等学校以上について記載してください。		
	○○市立 ○○病院		平成○年 ○月～ ○年 ○月 退職
	(消化器外科病棟5年、呼吸器内科病棟2年)		年 月～ 年 月
	長崎県立 ○○病院		平成○年 ○月～ 年 月 採用
	(外来3年)		年 月～ 年 月
	現在に至る		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
* 施設名に加え、診療科と期間を記載してください。			

\* (女・男)、(卒業・中退)、昭和・平成の選択部分はいずれかに○をつけること。

\* ※欄は記入しないこと。

(様式2)

所属施設内の委員会活動等	平成○年～○年 看護記録委員会 平成○年～○年 医療安全推進者
これまでに取得した医療・福祉関係の免許・資格等	平成○年 社会福祉士  * 看護師・保健師・助産師免許以外を記入してください。
所属学会	平成○年 日本看護科学学会
宿舍希望の有無	有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。)

\* 記入欄がたりない場合は、記載した別紙を添付し提出してください。