

(様式 2)

写真貼付欄

縦 4cm×横 3cm
正面上半身無帽、背
景無し、応募前 6 ヶ
月内に撮影したも
の。写真の裏に氏名
を記入して貼ること。

履 歴 書

年 月 日

ふりがな	
氏名 (自署)	
生年月日	西暦 年 月 日生(満 歳)

現住所	〒 ー	TEL/FAX
		TEL ()
		FAX ()
所属施設名 病床数	病床数 ()	TEL/FAX
		TEL ()
		FAX ()
所属施設住所	〒 ー	
免許取得年月日	(看護師) 西暦 年 月 日 号	
	() 西暦 年 月 日 号	
	() 西暦 年 月 日 号	
(西暦)	学歴(高等学校卒業から記入)及び職歴	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
(西暦)	資格取得・修了研修 等	
年 月		
年 月		