信州大学医学部附属病院　既卒者向け履歴書

履 歴 書

年　　月　　日現在

ふりがな 氏　名 （ 男 ・ 女 ）	印
ローマ字表記	
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日生（ 満　　歳）	
ふりがな 自宅（現住所）　〒（　　-　　）	電話 携帯電話
E-mail	

写真

1. 縦 36 ～ 40 mm
横 24 ～ 30 mm
2. 本人単身胸から上

写真は入職後
身分証に使用させて
いただきます。

年	月	学歴・職歴（ 各項目ごとにまとめて書く）
賞罰・処分歴等の有無（有の場合カッコ内に記入）　有（　　）・無		

免許の種類	取得年月日	登録番号 等
看護師免許	S・H・R　　年　　月　　日　取得	第　　号
助産師免許	S・H・R　　年　　月　　日　取得	第　　号
その他		

前職の離職理由と離職期間	健康状態

志望動機

看護実践上の得意分野や担ってきた役割

将来のビジョン（目標とするものなど）

本人希望記入欄（勤務時間・その他について希望があれば記入）

入職希望日　　年　　月　　日　より

扶養家族数（ 配偶者を除く ）　人	配偶者　有 ・ 無	配偶者の扶養義務　有 ・ 無

選考（面接日程）につきましては、調整のうえ後日改めてご連絡させていただきます。

記入上の注意　1. 鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入。2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。