

履 歴 書

一般試験用

試験日：令和8年2月18日

宮崎大学医学部附属病院

令和 年 月 日現在

ふりがな		性 別
氏 名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	

6ヶ月以内に
撮影した写真
を貼ってくだ
さい。

縦4cm×横3cm

ふりがな		(携帯)
現 住 所	〒	TEL — —
メール アドレス	@	
ふりがな		(その他連絡のつく電話番号)
不在時 連絡先	〒	TEL — — 方

学 歴 (入学・卒業・修了の別を高校卒業から記入してください。)

S・H・R	年	月	日	
S・H・R	年	月	日	
S・H・R	年	月	日	
S・H・R	年	月	日	
S・H・R	年	月	日	
S・H・R	年	月	日	

職 歴 (勤務先・診療科・職名を記入してください。専門職以外も含みます。)

(例) S・H・R	9年4月1日	～	現在まで	〇〇病院	〇〇科	看護師
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日
	年	月	日～	年	月	日

免 許 【 准看護師、看護師、保健師、助産師 免許取得者のみ記入してください。 】

年	月	日	免許 取得	第	号	年	月	日	免許 取得	第	号
年	月	日	免許 取得	第	号	年	月	日	免許 取得	第	号