

履 歴 書

一般試験用

試験日：令和8年6月6日

宮崎大学医学部附属病院

令和 年 月 日現在

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		性別
氏 名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
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