履　歴　書

一般試験用

試験日：令和８年８月３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	〒 方	TEL　　－　　－

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	○○病院　○○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	
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