履　歴　書

令和　　年　　月　　日　現在

ふりがな	おか　だい　　もも　こ	男・(女)	写真添付欄 1 縦36～40㎜ 横24～30㎜ 2 本人単身 胸から上 3 裏面 のり付け
氏名 ローマ字表記	岡 大　桃 子 Okadai　Momoko	印 (岡大)	
生年月日	１９××年 ××月 ××日生　(満　××　才)		
国籍	○　○		
ふりがな	○○けん ○○し ○○		
現住所	〒○○○－○○○○ ○○県○○市 ○○ 1－2－3 電話 (○○○)－○○○－○○○○ (　　方呼出) 携帯電話 (○○○) －○○○○－○○○○		
ふりがな			
連絡先	〒　　－　　(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話 (　　) 　－　　(　　方呼出)		
改姓歴	S・H・R　　年　　月　　日 改姓　(旧姓(ふりがな)：　　)		

年	月	学歴
平成○○	○○	○○県立○○高等学校 ○○科 入学
平成○○	○○	○○県立○○高等学校 ○○科 卒業
平成○○	○○	○○大学○○学部○○学科 入学
平成○○	○○	○○大学○○学部○○学科 卒業
平成○○	○○	○○大学大学院○○研究科 入学
平成○○	○○	○○大学大学院○○研究科 卒業見込み

年	月	職歴
		な し

年	月	賞罰
		な し

年	月	免許・資格
平成○○	○○	准看護師免許 取得　※准看護師免許所有者は必ず記入すること
令和○○	○○	看護師免許 取得見込み
令和○○	○○	助産師免許 取得見込み
令和○○	○○	修士(○○学)(第○○○○号)(○○大学) 取得見込み

得意な学科 成人看護学	スポーツ テニス・スノーボード
趣味・特技 ピアノ・書道	健康状態 良　好

志望の動機

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数（配偶者を除く）
※(有)・無	※(有)・無	1　人

希望する職種の順位を記入のこと（看護師のみの場合は、記入不要）

	看護師		助産師

岡山大学病院　看護部