

履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ		性別	写 真 (縦4cm×横3cm) 1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの 2. 本人単身胸から上 3. 裏面に氏名を記入し、糊付け
氏 名(自署)			
生年月日	年 月 日生(満 歳)		
現住所		〒 (-) TEL () 携帯 ()	
緊急連絡先 *災害などの緊急時に、岐阜県総合医療センターより連絡させていただきます。		連絡先氏名 TEL ()	
選考結果通知先		〒 (-) TEL ()	
勤 務 先	フリガナ		
	施設名称		
	所在地	〒 (-)	
	施設長名		
	出願者職種・職位		
免 許	(看護師)	年 月 日 取得	号
	(保健師)	年 月 日 取得	号
	(助産師)	年 月 日 取得	号
	(認定看護師)	年 月 日 取得	号
	(専門看護師)	年 月 日 取得	号
学 歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	*高等学校以上について記載して下さい。		

*なお記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には利用しません。