

※受験番号

※受付番号

※受 付

履 歴 書

市立伊勢総合病院看護師奨学生

ふりがな		性別	生年月日	日本国籍の有無	写 真 1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、はり付 (はがれた時のため)
氏 名		男・女	昭和 平成 . . . 生 歳 (H30. 4. 1現在)	有 ・ 無 無しの場合国籍 ()	
現住所 (通知発送先)					
郵便番号	電話	携帯電話			

進学予定の学校名を記入してください。

学校名	合格済・合格見込の別及び修業期間 (○をつけてください)			
	合格済 ・ 合格見込	2年制	3年制	4年制

学 歴	学校名	部科名	所在市町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
職 歴	勤務先の名称	職務内容	所在市町村名	在職期間	備考
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	
				年 月～ 年 月	

免 許 ・ 資 格	取得年月日	免許・資格	取得年月日	免許・資格
	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	

志 望 動 機

※受験番号

※受付番号

※受 付

履 歴 書 (記入例)

市立伊勢総合病院看護師奨学生

ふりがな	びょういん たろう	性別	生年月日	日本国籍の有無	写 真 1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、はり付 (はがれた時のため)
氏 名	病院 太郎	男・女	昭和 平成 11・6・10生 18歳 (H30.4.1現在)	有・無 無しの場合国籍 ()	
現住所 (通知発送先)					
■■県■■市■■ ●丁目 ●番 ●号					
郵便番号 ▲▲▲-▲▲▲▲ 電話 ▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲ 携帯電話▲▲▲-▲▲▲▲-▲▲▲▲					

進学予定の学校名を記入してください。

学校名	合格済・合格見込の別及び修業期間 (○をつけてください)		
例) ●●大学、●●専門学校	合格済	合格見込	2年制 3年制 4年制

学 歴	学 校 名	部 科 名	所在市町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
		●立●●中学校		●●県●●市	●年●月～ ●年●月
	●立●●高等学校	●●科	●●県●●市	●年●月～ ●年●月	
職 歴	勤務先の名称	職務内容	所在市町村名	在職期間	備考

免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格
	●年●月●日	●●●	年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	

志 望 動 機