※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
氏　名		男･女	平成　・　・　生 歳 (R9.4.1現在)	有　・　無 無しの場合国籍 (　　)	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)
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 校 名	部科名	所在市町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
学歴				年　月～　年　月	
				年　月～　年　月	
				年　月～　年　月	
				年　月～　年　月	
	勤務先の名称	職務内容	所在市町村名	在職期間	備考
職歴				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
氏　名	病院　太郎	男・女	平成 20・6・10生 18歳 (R9.4.1現在)	有 ・ 無 無しの場合国籍 （　　）	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）
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 校 名	部科名	所在市町村名	修学期間	卒・卒見込等の別
学歴	●立●●中学校		●●県●●市	●年●月～　●年●月	卒
	●立●●高等学校	●●科	●●県●●市	●年●月～　●年●月	卒見込

	勤務先の名称	職務内容	所在市町村名	在職期間	備考
職歴					

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