

入職日	年	月	日
退職日	年	月	日

※入職日、退職日は施設使用欄です。
記入しないでください。

履 歴 書

西暦 2024年 3月 1日現在

フリガナ ト ク シ ュ ウ タ ロ ウ

氏 名 徳 洲 太 郎

生年月日 西暦 1976年4月1日生 (満 48 男)・女

フリガナ オオサカフオオサカシキタクウメダ1-3-1-1200
〒(530-0001)

現住所 大阪府大阪市北区梅田1-3-1-1200

フリガナ ー (ー)

帰省先

携帯電話 090-0000-1111 Email osk-office@tokushukai.jp

配偶者 (有)・無 配偶者の扶養義務 (有)・無 扶養家族 3 人 (配偶者を除く) 住宅 特家・賃貸

写真添付
3ヶ月以内

TEL 06-6346-2888
FAX 06-6346-2889
TEL
FAX

自		至		学歴 (中学校から)
年	月	年	月	
昭和45	4	昭和45	3	大阪府立梅田中学校
昭和45	4	昭和48	3	私立丸丸高等学校
昭和48	4	昭和54	3	浪速大学看護学部看護学科

自		至		職 歴	役職
年	月	年	月		
昭和54	4	昭和56	3	〇〇病院	
昭和56	4	昭和60	3	▲▲病院	
昭和60	4	平成5	3	◇◇病院	看護副主任
平成5	4	平成7	3	◎◎病院	看護主任
平成7	4	平成19	2	◎◎病院	看護主任

※非常勤でお勤めであった場合は、週の勤務
日数と勤務時間も記載下さい。

氏名	徳洲 太郎	_____年 ____月 ____日現在
----	-------	----------------------

取得免許

取得免許	免許登録番号	免許登録日
看護師	12345678	2024年4月3日
助産師	8765432	2024年4月3日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※履歴書提出時に免許・認定資格証等のコピーを添付ください。

学会、認定資格等取得状況

団体名	認定名称	認定日	期限

専門分野・得意とする疾患、施行症例数、学会論文 等 業績

志望の動機、アピールポイントなど

--

賞罰 等	
------	--

西曆 年 月 日現在

フリガナ				印		写真添付 3ヶ月以内	
氏 名							
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)			男 ・ 女			
フリガナ						TEL	
〒() 現住所						FAX	
フリガナ						TEL	
〒() 帰省先						FAX	
携帯電話				Email			
配偶者	有 ・ 無	配偶者の 扶養義務	有 ・ 無	扶養 家族	人 (配偶者 を除く)	住宅	持家 ・ 賃貸

自		至		学歴（中学校から）
年	月	年	月	

[illegible]

氏名	
----	--

_____年 ____月 ____日現在

取得免許

取得免許	免許登録番号	免許登録日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

学会、認定資格等取得状況

団体名	認定名称	認定日	期限

専門分野・得意とする疾患、施行症例数、学会論文 等 業績

志望の動機、アピールポイントなど

--

賞罰 等	
------	--