

履 歴 書

(様式1)

年 月 日現在

応募名称	〇〇看護学			写真貼付 サイズ 4 cm×3 cm
フリガナ	シダイ 伊吹			
氏 名	市大 一郎			
生年月日	昭和 51年 3月 3日生	年齢	40歳	
フリガナ	カガワケン ヨコハマシ カザワク セト		E-mail	〇〇〇@yokohama-cu.ac.jp
現住所	〒236-0014 神奈川県横浜市金沢区瀬戸22-2		携 帯 電 話	080-1234-〇〇〇〇
連絡先	T E L F A X			
学 歴	期 間	専門学校・大学・大学院、学部・研究科	学科・専攻、課程	入学・卒業等
	平成7年 4月 1日	横浜市立大学医学部	看護学科	入学
	平成13年 3月31日			卒業
	平成17年 4月 1日	横浜市立大学大学院医学研究科	博士課程	入学
	平成21年 3月31日			修了
	年 月 日 年 月 日			
日付も記入してください。		大学入学以降の学歴を全て記入してください。ただし、看護専門学校を卒業して免許を取得している場合は、看護専門学校以降の学歴を全て記入してください。		大学院の学歴がある方は、必ず記入してください。
学 位	取得年月日	機 関 名	学 位 名	
	平成21年 3月31日	横浜市立大学大学院	〇〇〇〇	
	年 月 日			
職 歴	期 間	勤 務 先		職名・地位等
	平成13年 5月 1日	〇〇会〇〇〇病院		看護師 ()
	平成15年 3月31日	〇〇会〇〇〇病院		看護師 (非常勤)
	平成15年 4月 1日	〇〇会〇〇〇病院		看護師 (非常勤)
	平成15年 12月31日	〇〇会〇〇〇病院		看護師 (非常勤)
	平成16年 1月 1日	無職		()
	平成16年 3月31日	無職		()
	平成16年 4月 1日	〇〇市保健センター		保健師 ()
	平成17年 3月31日	〇〇市保健センター		保健師 ()
	年 月 日			()
	年 月 日			()
年 月 日			()	
年 月 日			()	
年 月 日			()	
年 月 日			()	
空白期間がないように記入してください。無職期間があれば、無職と記入してください。医療業務でない職歴も記入してください。例 会社員等				

担当領域又は主な担当科目

氏名

学会及び社会における活動等	年 月	事 項							
	平成14年 5月 6日	学会を退会した場合には、退会年月日も記入してください。	日本〇〇科学会						
	年 月 日								
	平成14年 7月 1日		日本■■科学会						
	平成15年 3月31日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
資格	取 得 年 月 日	名 称 (種別) ※国家資格・専門医等について記載ください。		免許番号等					
	平成13年 4月20日	看護師免許		第〇〇〇号					
	平成16年 4月 1日	保健師免許		第〇〇〇号					
	年 月 日								
賞 罰	年 月								
	年 月 日								
	年 月 日								
	年 月 日								
現在の担当科目状況	勤 務 先	職 名	学部・学科等(所属部局の名称)	担当授業科目名	毎週担当授業時間数				備 考
					専任	兼任	兼任	計	

* 人事担当記入欄

職員番号			
所属・補職名			
格付け	教授 ・ 准教授 ・ 講師 ・ 助教 ・ 助手		
採用年月日	/ /		