

履 歴 書

(高砂市民病院看護学生修学資金用)

※受付番号

フリガナ 氏 名		性 別 男・女	写真 ・3ヶ月以内に撮影した上半身 脱帽、正面向(縦5cm 横4cm) 本人と確認できるもの ・写真をはっていない場合又は 不鮮明その他受験写真として適 当でない場合は受け付けられま せん。 令和 年 月 日撮影	
生年月日 年 月 日生 (歳)		本籍地 (都道府県名)		
現住所 郵便番号 (-)		TEL () - 同居先 (方)		
連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入) 郵便番号 (-) TEL () - 呼出 (方)				
学 歴	学校名 (学部・学科も記入)	在 学 期 間		修学年数
		年 月入学 ~	年 月卒業	年
		年 月入学 ~	年 月卒業	年
		年 月入学 ~	年 月卒業	年
		年 月入学 ~	年 月卒業	年
職 歴	勤務先 (部・課まで 正規・臨時等も記入)	在 職 期 間		所在地 (市町村)
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
		年 月 ~	年 月	
健 康	【健康状態】	【既往症の有無】		
		ない ある [ある場合の疾病名等]		

志望動機

自己PR

クラブ活動歴

資格 ・ 免許	名 称	取得（見込）年月日	名 称	取得（見込）年月日

次の質問について該当するものに○をつけてください。

1 将来、高砂市民病院において看護師として勤務する意思がありますか。 あ　る　な　い

2 他の団体で従事することを条件とした修学資金貸与制度を利用していますか。 し　て　い　る し　て　い　な　い

3 禁固以上の刑に処せられたことがありますか。 あ　る な　い

4 成年被後見人や被保佐人の宣告を受けたことがありますか。 あ　る な　い

5 看護学生修学資金貸与者募集要項を熟読し、理解しましたか。 理　解　し　た 理　解　し　て　い　な　い

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

- (記入注意)
- 各項目、黒インク又は黒ボールペンで丁寧にはっきりと書き、該当するものを○でかこんでください。
 - ※印の箇所は記入しないでください。
 - 記載事項に不正があると判断されると修学資金を貸与できない場合があります。

※受付印