様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**履歴書** 　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | 性別 | | 写真  （縦4cm×横3cm）  １．最近６ヶ月以内に撮影したもの  ２．本人単身胸から上  ３．裏面に氏名を記入し、糊付け |
| 氏　名 | | | | | 男・女 | |
| 生　年　月　日 | | | 西暦　　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | |
| 現　　住　　所 | | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）  緊急連絡先（携帯電話等）　　TEL　　　（　　　）  e-mailアドレス　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※受験票を電子メールにて送付するため、確実に送付できるアドレスを明確に記載してください。 | | | | |
| 勤  務  先 | フリガナ  施設等名称 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 所　在　地 | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | |
| 施設長名 | |  | | | | |
| 出願者の職種 | |  | | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | | |
| 免  許 | （看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （保健師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （助産師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （認定看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （専門看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| 学  歴 | 西暦　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 西暦　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 西暦　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 西暦　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 西暦　　　　年　　月 | | |  | | | |
| ※高等学校以上について記載してください。 | | | | | | |
| 職  歴 |  | | | 施設名 | | 診療科 | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～　　　 年 　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～ 　　　年　　月 | | |  | |  | |
| 西暦　　　　年　　月  ～　　 年　　月 | | |  | |  | |
| ※施設名、診療科を明確に記載してください。 | | | | | | |
| 資　　　格 | |  | | | | | |
| 研修受講歴  （5日以上） | |  | | | | | |
| 学会及び社会における活動（所属学会） | |  | | | | | |
| 賞　　　罰 | |  | | | | | |

（注）※印欄には記入しないこと。

※行が不足する場合は追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については看護師特定行為研修課程以外には利用しません。