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 | 施設等名称 | |  | | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | | | | |
| 出願者の職種 | |  | | | | | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | | | | | |
| 免  許  等 | （准看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （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　　　取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| （専門看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　　　取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| その他　　　 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| 学  歴 | 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月 | | | | 卒･中退･その他 | | | | | |
| ※高等学校以上で専門学校等も記載してください。 | | | | | | | | | |
| 職　歴 | 就業期間 | | | | 施設名 | | | 所属部署名 | | 職種 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 西暦 年　 月～西暦　 年 月  常勤 年 ヶ月  非常勤(週 時間程度) 年 ヶ月 | | | |  | | |  | | 准看護師  看護師  その他 |
| 看護師 実務経験 合計 | | | | 年 ヶ月 | | | | | |
| 保健･ 医療･ 福祉関連の  資格等 | | 資格等の名称 | | 取得年月日 | | | 登録番号 | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
|  | | 年　 月 | | |  | | | |
| 研修受講歴  （5日間以上） | | 研修の名称 | | 主催 | | | 研修期間 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
| 学会及び社会における活動（所属学会） | | 所属学会名称・活動内容 | | 担当役割 | | | 活動期間 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |
|  | |  | | | 年　 月～　 年　 月 | | | |

（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。