様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号  |

履 歴 書 平成 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  | 昭和・平成 年 月 日生（満 歳）  |
|   現 住 所   | 〒（ － ）   　　　　　　　　　 TEL （ ）緊急連絡先 　　　　　　　 TEL （ ）  |
|  選考結果通知先  | 〒（ － ）    　　　　　　　　　　　TEL （ ）  |
|   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） 昭和・平成 年 月 日 免許取得 　　　　　　　　　　 号  |
| （保健師） 昭和・平成 年 月 日 免許取得 　　　　　　　　　　 号  |
| （助産師） 昭和・平成 年 月 日 免許取得 　　　　　　　　　　 号  |
| （認定看護師） 昭和・平成 年 月 日 免許取得 　　　　　　　　　　 号  |
| （専門看護師） 昭和・平成 年 月 日 免許取得 　　　　　　　　　　 号  |
|  学  歴  | 昭和・平成 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月  |   |
|  ※高等学校以上について記載してください。  |
|      職      歴  | 昭和・平成 年 月～ 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |   |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |    |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |    |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |    |
| 昭和・平成 年 月～ 年 月  |    |
|  ※施設名、診療科を記載してください。  |
|  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  |     |

※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以外には、利用しません。