様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

履 歴 書 令和 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。