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 | （和暦）　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 現　　住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）　　　　　緊急連絡先　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）　　　　 |
| 選考結果通知先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）　　　　　E-mail　＠　 |
| 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）　　　　　　　年　　　月　　　日　登録　第　　　　　　　　号 |
| （保健師）　　　　　　　年　　　月　　　日　登録　第　　　　　　　　号 |
| （助産師）　　　　　　　年　　　月　　　日　登録　第　　　　　　　　号 |
| 認定資格 | （認定看護師） 　　　　　　年　　　月　　　日　認定　第　　　　　　　　号 |
| （専門看護師） 　　　　　　年　　　月　　　日　認定　第　　　　　　　　号 |
| 学歴 | 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　※高等学校以上について記載してください。 |
| 職歴 | 　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 |  |
| 　※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。