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　　　(　　　)　　　　 |
| E-mail |  |
| 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・令和　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　号 |
| (保健師) 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　号 |
| (助産師) 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　号 |
| (認定看護師) 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日　認定　　　　　　　　　号 |
| (専門看護師) 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日　認定　　　　　　　　　号 |
| (特定行為研修) 平成・令和　　年　　　月　　　日 修了　　　　　　　　　 |
| 学歴 | 昭和・平成・令和　年　月 |  |
| 昭和・平成・令和　年　月 |  |
| 昭和・平成・令和　年　月 |  |
| 昭和・平成・令和　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・令和　　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　年　　月～　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和年　　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。