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 |
| E-mailアドレス |  |
| 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・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　免許取得　　　　　　　　号 |
| （専門看護師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| 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 |  |
| 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。

※は記入しないこと。