|  |
| --- |
| ※受験番号　 |

**履　歴　書**

西暦　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 性別 | **写　真**（縦4㎝x横3㎝）1.最近6ケ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 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） |
| 現住所 | 〒（　　　－　　　）TEL　　　　（　　　　　）メールアドレス |
| 緊急連絡先 | 連絡先氏名　TEL　　　　（　　　　　） |
| 選考結果通知先 | 〒（　　　－　　　）受取人名　TEL　　　　（　　　　　） |
| 勤務先 | フリガナ施設名称 |  |
|  |
| 所在地 | 〒（　　　－　　　） |
| 施設長名 |  |
| 出願者職種・職位 |  |
| 免許 | （看護師）　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　免許取得　　　　　　号（保健師）　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　免許取得　　　　　　号（助産師）　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　免許取得　　　　　　号　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　免許取得　　　　　　号 |
| 学歴 | 西暦　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月 |  |
| ＊高等学校以上について卒業・修了年月を含め記載して下さい。（入学年月の記載は不要） |
| 職歴 | 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| 西暦　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |  |
| ＊施設名、診療科名、職位を記載して下さい。 |
| 資格 | （認定看護師）西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　号（領域　　　　　　　）西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　号（領域　　　　　　　）（専門看護師）西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　号（領域　　　　　　　）西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　号（領域　　　　　　　）（特定行為研修）西暦　　　　年　　　月　　　日　修了　　　　　　　　指定研修機関　　　　　　　特定行為区分　　　　　　　 |
| 所属施設内の教育歴＊ラダー等含む |  |
| 学会及び社会における活動（所属学会） |  |

＊行が不足する場合には、この用紙をコピーして追加記載して下さい。

　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。