|  |
| --- |
| ※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 | | |  | | | |
| ＊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・修了見込み  　　　　　　　　指定研修機関　　　　　　　特定行為区分 | | | | | | | | |
| 所属施設内の教育活動  ＊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。