様式2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

**履　歴　書**

写真貼付

(縦4cm×横3cm)

1.6ケ月以内に撮影したもの

2.本人単身正面上半身

3.受験票と同一のもの

4.裏面に氏名を記入

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 性　別 | |  |
| 氏　名 | |  | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　歳） | | | |
| 現住所 | | 〒  TEL：  E-mail： | | | |
| 勤　務　先 | ふりがな |  | | | | |
| 名　称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL： | | | 所属部署：  内線番号：  職　位： | |
| 免　許 | 看護師 | 年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 保健師 | 年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 助産師 | 年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 学　歴 | 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 |  | | | | |
| ※施設名に加え、診療科名を記載してください。 | | 看護師免許取得後の実務経験年数：通算　　　　年 | | | |
| 所属施設内の委員会活動等 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| これまでに取得した資格、受講した講習会等 | | | | | | |
| 特定行為研修受講歴：　　有　　・　　無  ※履修済み行為名を下記に記載してください。 | | | 専門・認定看護師資格：　　有　　・　　無  分野名  その他： | | | |

※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。