様式2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受験番号：

**履　歴　書**

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 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 |
| 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。