※印欄には記入しないでください。　　　（様式２）

※受験番号

**履歴書**　　　　　　　　　　　西暦　　　　　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 |
| メールアドレス：　　　　　　　　　　　　＠ |
| 生　年　月　日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　歳） |
| 現　　住　　所 | 〒（ 　 － 　 ）　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　（　　　　）　　　　　緊急連絡　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 |  |
| 志願者職種 |  |
| 志願者職位 |  |
| 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 |
| （認定看護師） 西暦　　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| （専門看護師） 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記載してください。 |
| 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、診療科を記載してください。 |
| 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） |  |

＊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。