

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

| | | | |
|---------------------|----------------------|---|----------------|
| フリガナ 氏名 | | 写 真 (縦 4 cm x 横 3 cm) 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 | |
| 生年月日 西暦 年 月 日生(満 歳) | | 性別 (M ・ F) | |
| 現住所 | | 〒 (-) TEL: - - E-mail: _____ | |
| 緊急連絡先 | | 連絡先氏名 (続柄:) TEL: - - _____ | |
| 選考結果送付先 | | 〒 (-) | |
| 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 |
| | 認定看護師 | 西暦 年 月 日 | 免許取得 号 領域 : |
| | 専門看護師 | 西暦 年 月 日 | 免許取得 号 領域 : |
| 学歴 | 西暦 年 月 | | |
| | * 高等学校以上について記載して下さい。 | | |

※受験番号：

| | | | | |
|-----------------------------------|----|---|----|---|
| 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 | |
| * 施設名、診療科名を記載して下さい。 | | | | |
| 看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の実務経験年数は含まない） | | | 通算 | 年 |
| 所属施設内の学習歴 * ラダー等含む | | | | |
| 所属施設内の委員会活動 | | | | |
| 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。