**履　歴　書**

西暦　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 | **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 |
| 性別　（　M　・　F　）生年月日　　西暦　　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 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 |  |
| 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下さい。 |
| 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。