様式２（第６条関係）

受付番号　　　－

**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：  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 | | | | |
| 資　格 | 専門・認定看護師資格：　　有　・　無  分野名： | | 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。 | | | |
| 学　歴 | ※高等学校以上について記載してください。 | | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 職　歴 | ※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 | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| 年　　　月 |  | | | | |
| その他 | 日本看護協会看護師賠償責任保険等への加入の 有 ・ 無 　(○で囲んでください) | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| その他の  資　　　格 |  |
| 研修受講歴  (5日以上) | 研修名(　　　　　　　　　　　　　　　)  期　間(　　年　月　日　～　年　月　日) |
| 学会及び社会における活動(所属学会) |  |
| 賞　　　　罰 |  |
| ※行が不足する場合は、追加して記入してください。  ※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。 | |