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・資格等 | 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 |
| 認定看護師 | 　　　　　年　　　月　　　日　資格取得／ 　　　　　　　　　号　分　野：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 専門看護師 | 　　　　　年　　　月　　　日　資格取得／ 　　　　　　　　　号　分　野：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 特定行為研修 | ※履修済み行為を記載してください。 |
| 学　歴 | ※高等学校以上について記載してください。 |
| 　　　年　　　月 |  | 卒業･修了・退学 |
| 　　　年　　　月 |  | 卒業･修了・退学 |
| 　　　年　　　月 |  | 卒業･修了・退学 |
| 　　　年　　　月 |  | 卒業･修了・退学 |
| 職　歴 | ※施設名に加え、診療科名を記載してください。 |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 　　　年　　　月 |  |
| 看護師免許取得後の実務経験年数 ： 通算　　　　年 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険加入有無 | 日本看護協会看護師賠償責任保険等への加入の 有 ・ 無その他保険（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。 |