

(様式 2)

受付番号 : ※記入不要

履歴書

写真添付
(4.5 cm × 4.5 cm)

写真裏面に記名

		(西暦) 年 月 日現在	
フリガナ	イワテ ハナコ		男・女
氏名	岩手 花子		
生年月日	(西暦) 1900年 ○月 ○日生 (満 ○○歳)		

フリガナ	イワテケン シワグン ヤハバチョウ	TEL 019-613-XXXX 携帯TEL 090-XXXX-0000 E-mail ○○○○○@iwide-med.ac.jp
現住所	〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町●-●-●	施設概要 【病床数】 1,000 床 【看護体制】 7 対 1
設置主体	(⑫) * 「申請書類の記入にあたって」の中の該当番号を記入	
所属機関 住 所	〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通 2-1-1	TEL 019-613-7111 所属病棟もしくは内線番号 (内線●●●●) FAX 019-613-XXXX
認定看護師 資格取得年	西暦 ○○○○年	認定登録番号 □□□□□□□ 号

学歴 (高校卒業時から記入。専門学歴も含む)

(西暦) ○○年○○月	○○県立○○高等学校 卒業
○○○○年 ○月	○○大学 看護学部 入学
○○○○年 ○月	同 卒業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

職歴 (看護師免許取得以降。部署・職位を明記)	
2000年 4月	○○○県立○○○○病院 ○○○病棟 看護師
2000年 9月	○○○県立○○○○病院 退職
2000年 10月	○○法人○○会○○○○病院 ○○○病棟 看護師
2000年 3月	○○法人○○会○○○○病院 退職
2000年 4月	岩手医科大学大学附属病院 ○○○病棟 看護師
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
看護の実務経験年数(通算) ○ 年 ○○ ヶ月	
学会および研究会発表等の業績	
<p>「○○○○患者の看護」第○○会▽■○×学会学術集会. 2009年. 大阪市</p>	
志望理由	
<p>なぜ、入学しようと思ったのか、何を勉強したいと考えているのか具体的に枠内に収まる範囲でご記入下さい。枚数の超過は不可です。</p>	