

(様式 2)

受付番号：※記入不要

履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

写真添付 (4.5 cm×4.5 cm)
写真裏面に記名

フリガナ	イワテ ハナコ	男・女
氏 名	岩手 花子	印
生年月日	(西暦) 1900年 〇月 〇日生 (満 〇〇歳)	

フリガナ	イワテケン シワグン ヤハバチョウ	TEL 019-613-XXXX
現住所	〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町●-●-●	携帯 TEL 090-XXXX-0000 E-mail 〇〇〇〇〇〇@iwate-med.ac.jp

フリガナ	イワテイカダイガクフソクビョウイン	施設概要
所 属 機 関 名	岩手医科大学附属病院	【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 〇〇〇〇年	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) 〇〇年〇〇月	〇〇県立〇〇高等学校 卒業
〇〇〇〇年 〇月	〇〇大学 看護学部 入学
〇〇〇〇年 〇月	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）	
20●●年 4月	○○○県立○○○○病院 ○○○病棟 看護師
20●●年 9月	○○○県立○○○○病院 退職
20●●年 10月	○○法人○○会○○○○病院 ○○○病棟 看護師
20●●年 3月	○○法人○○会○○○○病院 退職
20●●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	
<p>学会および研究会発表等の業績</p> <p>「○○○○患者の看護」第○○回▽■○×学会学術集会, 2020年, 大阪市（発表者） 「○○○○患者・家族への看護の実態」第○○回■▽×○学会学術集会, 2022年, 東京都（共同研究者）</p> <p>*発表者なのか共同研究者なのかも記載のこと</p>	
<p>志望理由</p> <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>	