|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※（記入不要） |

**履　　歴　　書**

（西暦）　　　年　　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 写真貼付欄  1. 3ヵ月以内撮影  2. 半身脱帽,正面背景無  3. カラー・白黒不問  4. たて4.0cm、よこ3.0cm  5. 裏面に記名 | | | ふりがな | |  | | | | 男・女 |
| 氏名 | |  | | | | 印 |
| 生年月日 | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | (TEL)  (FAX) | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 緊急連絡先 | 電話： | | | | パソコンメール： | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | 【病床数】  床 | |
| 所属  機関名 |  | | | | | | |
| 所属機関  住所 | 〒 | | | | | | (TEL)  (FAX) | | |
| 免許取得  年月日 | 看護師 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | 免許番号 | 号 | | |
| 特定行為研修受講歴 | | 有　・　無 | | * 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 学　　歴（高校卒業時から記入） | | | | | | | | | |
| (西暦)  年　　　月 | |  | | | | | | | |
| 年　　　月 | |  | | | | | | | |
| 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） | |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 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 | |
| 志望理由 | |