（様式 2）

受付番号：

**履　歴　書**

（西暦　　　　　年　　月　　日現在）

写真添付

（たて4.0㎝×よこ3.0㎝）

3か月以内に撮影

写真裏面に記名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男・女 |
| 氏　名 |  | |
| 印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | |
| フリガナ |  | | | | | TEL  携帯TEL  E-mail（パソコン用） | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 施設概要  【病床数】　　　　　　床  【看護体制】 | |
| 所　属  機関名 |  | | | | |
| 設置主体 | （　　　　　　　）＊「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 | 〒 | | | | | TEL  所属病棟もしくは内線番号  　　（　　　　　　　）  FAX | |
| 看護師免許  取得年月日 | | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | 免許番号  　　　　　　　　　　号 | |
| 認定看護師資格取得年月日 | | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | 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 | | |  | | | | |
| 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 | |