

受験番号	※ (記入不要)
------	----------

履 歴 書

(西暦) 2000年 〇 月 〇〇 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	いわて はなこ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏 名	岩手 花子	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">岩手 花子</div>
生年月日	(西暦) 1900年 〇月 〇日生 (満 〇〇 歳)	

ふりがな	いわてけん しわぐん やはばちょう	(TEL) ●●●-×××-△△△△
現住所	〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町●-●-● <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">都道府県から記入してください。</div>	(FAX) 019-907-▲▲▲▲▲

緊急連絡先	電話： ●●●-×××-△△△△	パソコンメール： ○○○○○○○○○○@iwate-med.ac.jp
-------	---------------------	--

ふりがな	いわていかだいがくふそくびょういん	【病床数】 ●●●● 床
所属機関名	岩手医科大学附属病院	

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 (内線●●●●) (FAX) 019-651-▲▲▲▲▲
--------	---------------------------------	---

免許取得年月日	看護師	西暦 20●●年 ●月 ●日	免許番号	□□□□□□号
---------	-----	----------------	------	---------

特定行為研修受講歴	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> その他 ()	受講歴がある場合はし点をご記入ください。
-----------	---	----------------------

学 歴 (高校卒業時から記入)

(西暦) 20●●年 3月	〇〇県立××高等学校 卒業
20●●年 4月	〇〇大学 看護学部 入学
20●●年 3月	同 卒業
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	岩手医科大学附属病院 ○○○病棟 主任看護師
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	
「○○○○患者の看護」第○○会▽■○×学会学術集会、2009年、大阪市	
志望理由	
なぜ、緩和ケア認定看護師教育課程に入学しようと思ったのか、何を学習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。	