様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

履歴書 西暦　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | | | 写真  （縦4cm×横3cm）  正面上半身無帽、背景なし  出願前3ヵ月以内に撮影した  カラー写真 | | |
| 氏　名 | | | | | | |
| 生　年　月　日 | | | | 昭和・平成　　年　　月　　　日生（満　　歳） | | | | | |
| 現　　住　　所 | | | | 〒（ 　　－ 　　 ） | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | 電話番号（携帯番号）　　　　―　　　　　　―  個人mail: @ | | | | | |
| 家族背景 | | | | 配偶者の有無：（有　・ 無）  子供の有無 ：(有　・ 無）  （　　　歳）（　　　歳）（　　　歳）（　　　歳） | | | | | |
| 所  属  先 | フリガナ  施設名称 | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 所　在　地 | | | 〒（ 　　 － 　　 ） | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | |
| 職位 | | | 無　　・　　　有（職位名：　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 職務内容  （具体的に記載ください） | | |  | | | | | |
| 免  許 | （看護師） 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （保健師） 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （助産師） 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （認定看護師） 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （専門看護師） 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| 学  歴 | 昭和・平成　　年　　月 | | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | | |  | | | | |
| 昭和・平成　　年　　月 | | | |  | | | | |
| ※高等学校以上について記載してください。 | | | | | | | | |
| 職  歴 | 施設名 | | 診療科 | | | 始期 | | 終期 | 合計 |
| 例：〇〇病院 | | 外科（消化器・整形外科） | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
|  | |  | | | 年　月　日 | | 年　月　日 |  |
| 合計年数 | |  | | |  | |  |  |
| ※施設名、診療科（所属部署に入っている診療科名）を記載ください。 | | | | | | | | |
| 資　格 | |  | | | | | | | |
| 院外研修受講歴  （過去３年以内） | | ・  ・  ・  ・ | | | | | | | |
| 所属学会 | | ・  ・ | | | | | | | |
| ※学会発表  （過去5年以内） | | 〈演題名・学会名・年度〉  ・  ・ | | | | | | | |
| 社会活動等 | |  | | | | | | | |

※学会発表した抄録を添付ください。

■行が不足する場合は、追加して記入してください。個人情報は看護師特定行為研修以外には利用しません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　聖マリアンナ医科大学病院　看護師特定行為研修センター