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 | 西暦　　　　　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） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| （保健師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| （助産師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| （認定看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| （専門看護師） 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| 学歴 | 西暦　　年　　月 |  |
| 西暦　　年　　月 |  |
| 西暦　　年　　月 |  |
| 西暦　　年　　月 |  |
| 西暦　　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