様式２

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

履歴書 西暦　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | 性別 | 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もの |
| 氏　名 | | | | | 男・女 |
| 生　年　月　日 | | | 昭和・平成　　年　　月　　　日生（満　　歳） | | | |
| 現　　住　　所 | | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | |
| 緊急連絡先 | | | 電話番号：　　　　　（　　　　　　）  e-mail: @ | | | |
| 家族背景 | | | 配偶者の有無：（有　・無）　子供の有無 （有　・　無）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（人数　　　　　人） | | | |
| 所  属  先 | フリガナ  施設等名称 | |  | | | |
|  | | | |
| 所　在　地 | | 〒（ － ） | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | |
| 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 | 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| 昭和・平成　　年　　月  ～　　年　　月 | | |  | | |
| ※施設名、診療科を記載してください。 | | | | | |
| 資　　　格 | |  | | | | |
| 研修受講歴  （5日以上） | |  | | | | |
| 学会及び社会における活動（所属学会） | |  | | | | |
| 現在の  職務内容 | | （具体的に記載ください） | | | | |
| 備考欄 | |  | | | | |

※行が不足する場合は、追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については、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