（様式２）

履　歴　書　　[分野名：　　]

受験番号：
（※記入不要）

2024年3月31日現在で記入

ふりがな		男・女
氏　名（自署）		㊞
生年月日	西暦　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

写真貼布欄
最近３か月以内に
撮影したもの
上半身正面向き
縦４㎝×横３㎝

ふりがな		TEL／FAX
現住所	〒	TEL(　　)　- FAX(　　)　-
	mail address：　　@	
ふりがな		
所属機関名 （正式名称）		
所属機関住所	〒	TEL(　　)　- 所属病棟・内線番号 (　　・　　)
免許取得 年月日	（看護師）　西暦　　年　　月　　日 （助産師）　西暦　　年　　月　　日 （保健師）　西暦　　年　　月　　日	号 号 号
特定行為研修 受講歴	有　・　無	□　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 □　その他（　　）

学　　歴　　（高校卒業から記入）

（西暦） 年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

職歴（看護師免許取得以降　所属機関名・所属部署・職位を含む　医療機関以外での職を含む）

（西暦） 年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
年　月　～　年　月	
上記のうち、看護の実務経験年数（通算）　年　か月 （准看護師歴、産休・育休期間は除く）	

看護分野における業績など（年度・主催を明記して下さい）

1. 主な研修内容（特定行為研修受講歴や各専門領域における研修会への参加など）

2. 看護研究業績（学会および研究会での発表・学術誌雑誌投稿業績など）

3. 教育・指導（講演や研修会の講師・指導者など）

4. その他