|  |
| --- |
| 受験番号：  　　　　　　（※記入不要） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式2）

履 歴 書　　[分野名：　　　　　　　　　　　　]

2024年3月31日現在で記入

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |