履　歴　書

（西暦）　　　　年　　月　　日　現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | | | | |
| 性　別 | | 男　・　女 | | | | | |
| 現住所・連絡先 | | | | 〒　　　－  **写真**  （縦4cm×横3cm）  1 最近6ヶ月以内に  撮影したもの（カラー）  2 裏面に氏名を記入  TEL：　　　　　(　　　　)  E-mail： | | | | | |
| 勤務先 | フリガナ  施設名称 | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | 〒　　　－  TEL：　　　　　(　　　　)  E-mail： | | | | | |
| 職種 | | |  | | 職位 |  | | |
| 選考結果の送付先  （希望する方に○） | | | | （　　）現住所  （　　）勤務先住所 | | | | | |
| 学歴 | (西暦)　　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| * 高等学校以上の学歴を記載してください。 | | | | | | | | |
| 職歴 | (西暦)　　　年　　月  ～　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　年　　月  ～　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　年　　月  ～　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　年　　月  ～　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| (西暦)　　　年　　月  ～　　　年　　月 | | | |  | | | | |
| * 施設名及び診療科名を記載してください。 | | | | | | | | |
| 看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の年数は含まない） | | | | | | | | 通算　　　年 |
| 免許・資格 | 看護師 | | (西暦)　　年　　月　　日　取得番号　　　　　　号 | | | | | | |
| 保健師 | | (西暦)　　年　　月　　日　取得番号　　　　　　号 | | | | | | |
| 助産師 | | (西暦)　　年　　月　　日　取得番号　　　　　　号 | | | | | | |
| 認定看護師 | | (西暦)　　年　　月　　日　取得番号　　　　　　号  領域： | | | | | | |
| 専門看護師 | | (西暦)　　年　　月　　日　取得番号　　　　　　号  領域： | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設内の教育歴  ＊ラダー等含む |  |
| 所属施設内の 委員会活動等 |  |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格 | |
|  | |
| 所属学会 |  |

※記入箇所が不足する場合は、この用紙をコピーして追加してください。

※ご記入いただいた個人情報は、看護師特定行為研修に関する目的以外には使用しません。