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。