（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**履　歴　書**

記入日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ　 | 　 | 写真貼付欄(縦４㎝×横３㎝)1．最近６ヶ月以内に　撮影したもの2．本人単身胸から上3．裏面に氏名記入 |
| 氏名・性別 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（満　　　　歳） |
| 自宅住所 | 〒（　　　　－　　　　） |
| 電話番号（自宅） | 　　　　　　（　　　　） |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 緊急連絡先（携帯） | 　　　　　　　（　　　　　） |
| 通学時間等 | 本院までの通学時間　（　　　　　）分主な通学手段：　バス　・　モノレール　・　タクシー　・自家用車　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　　属　　先 | フリガナ |  |
| 施設名称 |  |
| 所在地 | 〒（　　　―　　　）TEL：　　　　　 （ ）　　　　　　　　　　FAX：　　　　　 （ ） |
| 施設長名 |  |
| 出願者の職種 |  |
| 出願者の職位 |  |
| 免　　許　　等 | （看護師）　　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| （保健所）　　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 |
| （認定看護師資格）　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 |
| （専門看護師資格）　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・学位 |  |
| 研修受講歴 |  |
| 学会及び社会における活動（所属学会） |  |

※行が不足する場合は追加してください。

なお、記入された個人情報については、特定行為以外には利用致しません。