|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| 申請者氏名 |  |

（様式２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履　歴　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　日現在 |  | カラー写真貼付(4.5cm×3.5cm)1．上半身・正面6か月以内に撮影したもの2．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | 性別（　男　・　女　）昭和・平成　　　年　　月　　日生（満　　歳） |
| ふりがな |  |
| 現　住　所 | （〒　　　　－　　　　　　） |
| 電話番号 | 　自宅：　　　（　　　　　）　携帯：　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　いずれかを必ず記入のこと |
| 勤務先 | ふりがな |  |
| 名称 |  |
| ふりがな |  |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　）TEL　　　（　　　）　　　　　　　 |
| 職種 |  | 職位 |  |
| 免　許 | 看護師免許 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 |
| 保健師免許 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 |
| 助産師免許 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 |
| 学　歴 | 高等学校　 | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
| 　＊高等学校以上について記載してください。 |
| 職　　　歴　　 |  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　　月 |
| 　＊施設名に加え、診療科を記載してください。 |

　＊（男・女）、（卒業・中退）、昭和・平成　の選択部分は、いずれかに○をつけること

　＊　※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設内外の委員会活動等 |  |
| これまでに取得した医療・福祉関係の免許資格 | （看護師・保健師・助産師以外） |
|  |
| 学会・研究論文等発表の実績 |  |

＊記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| 申請者氏名 | 奈良　学 |

（様式２）

記　入　例

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履　歴　書令和3年　3月　16日現在 |  | カラー写真貼付(4.5cm×3.5cm)1．上半身・正面6か月以内に撮影したもの2．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな | 　　　　 な　ら　　　　　まなぶ |
| 氏　名 | 　　　奈良　　学性別（　男　・　女　）昭和・平成　62　年　5月　6日生（満　33　歳） |
| ふりがな | ならけん　　○○○○し　○○○ちょう |
| 現　住　所 | （〒　630　－　1234　　）奈良県　○○市　○○町　○丁目○－○ |
| 電話番号 | 　自宅：　0742（　12　　）4567　携帯：　090　（　9876 　）5432　　　 　　　　　　　いずれかを必ず記入のこと |
| 勤務先 | ふりがな | ○○○○○びょういん |
| 名称 | ○○○病院 |
| ふりがな | ならけん　○○○○し　○○○ちょう |
| 所在地 | （〒　630　－　5678　　）奈良県　○○市　○○町　○丁目○-○TEL　0742（　555　）7777　 |
| 職種 | 看護師 | 職位 | 看護主任 |
| 免　許 | 看護師免許 | 昭和・平成　○○年　　４　月　５　日　免許取得　　　　12345678　 　　号 |
| 保健師免許 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 |
| 助産師免許 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 |
| 学　歴 | ○○県立　△△△△　　　　　　　　高等学校　 | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） |
| 　　　○○県立　○○大学○○学部　看護学科 | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） |
| ○○大学　教育学部　福祉学科 | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
|  | 　　　年　　月～　　年　　月（卒業・中退） |
| 　＊高等学校以上について記載してください。 |
| 職　　　歴　　 | 　○○私立○○○病院 | 平成△△年　４　月～　△△年　３月　退職 |
| 　　　　　（内科病棟：3年、外科病棟：3年） | 　　　　年　　　月～　　　年　　月 |
| 　○○県立○○○病院 | 平成△△年　４　月～　　　年　　月　採用 |
| 　　　　　（小児科病棟：5年） | 　　　　年　　　月～　　　年　　月 |
| 現在に至る | 　　　　年　　　月～　　　年　　月 |
|  | 　　　　年　　　月～　　　年　　月 |
| 　＊施設名に加え、診療科を記載してください。 |

　＊（男・女）、（卒業・中退）、昭和・平成　の選択部分は、いずれかに○をつけること

　＊　※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設内外の委員会活動等 | 平成××年～△△年　感染対策委員会平成○○年～　　　　実習指導者会令和○年～　　　　　看護主任会 |
| これまでに取得した医療・福祉関係の免許資格 | （看護師・保健師・助産師以外） |
| 平成××年　　社会福祉士令和△年　　　呼吸療法認定士 |
| 学会・研究論文等発表の実績 | 平成△△年～　　日本がん看護学会令和◇年～　　　日本看護科学学会 |

＊記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい。