　様式２

令和　　年　　月　　日現在

**履歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | | 性別 | 写真  （縦4cm×横3cm）  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．裏面に氏名を記入し、糊付け |
| 氏名 | | | | | | 男・女 |
| 生　年　月　日 | | |  | | 昭和・平成　　年　　月　　　日生（満　　歳） | | |
| 現　　住　　所 | | | 〒（ － ）  　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　）  緊急連絡先　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | |
| 選考結果通知先 | | | 〒（ － ）    　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | |
| 勤  務  先 | フリガナ  施設等名称 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 所　在　地 | | 〒（ － ）    　　　　　TEL　　　（　　　） | | | | |
| 施設長名 | |  | | | | |
| 出願者の職種 | |  | | | | |
| 出願者の職位 | |  | | | | |
| 免  許 | （看護師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （保健師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （助産師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （認定看護師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　資格取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （専門看護師） 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　資格取得　　　　　　　　号 | | | | | | |
| 学  歴 | 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和　　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・令和  　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| 昭和・平成・令和  　　年　　月～　　年　　月 | | |  | | | |
| ※施設名、診療科を記載してください。 | | | | | | |
| 資　　　格 | |  | | | | | |
| 研修受講歴  （5日以上） | |  | | | | | |
| 学会及び社会における活動（所属学会） | |  | | | | | |
| 賞　　　罰 | |  | | | | | |

※行が不足する場合は、追加して記入してください。