**（様式　2）**

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得  年月日 | 保健師　西暦　　　　 年 　 　月 　　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　　　 年 　　　月 　　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　　　 年 　　　月 　　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | |
| 一般学歴 |  | | | | | 西暦　　　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 |  | | | | | 西暦　　　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | 【期間】 | | | |

※欄は記入しないこと。

**（様式　2）**

**記 入 見 本**

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**履　歴　書**

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男　女 |
| 氏　名 |  | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 　月　　 　日生　（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | TEL  携帯TEL | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | TEL  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　）  FAX | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　西暦　　 年 　 月 　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　　 年 　　月 　　日 | | | | | 号 | |
| 資格取得 | | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | | | | | | 【取得日】 | | |
| 学　歴 | | | | | | | | |
| 一般学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 専門学歴 | |  | | | | | 西暦　　年　　月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】 | | | | | 【期間】 | | | |

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　20･･　年　2　月　7　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ヤマダ　ハナコ | | | | 男　女 |
| 氏　名 | 山　田　花子 | | | |  |
| 生年月日 | 西暦　19･･　年　1　月　1 　日生　（満　30　歳） | | | | |
| フリガナ | 〇〇ケン○○シ○○チョウ | | | | | TEL 0123-456-7890  携帯TEL 090-1234-5678 | |
| 現住所 | 〒123-0045  ○○県○○市○○町1丁目1-1 | | | | |
| フリガナ | ○○ケンリツ　○○ビョウイン | | | | | | |
| 所属施設名 | ○○県立　○○病院  ＊正式名称を記入すること | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒123-0065  ○○県○○市○○町2丁目2-2 | | | | | TEL 0123-194-1110  所属部署もしくは内線番号  （　内線　456　）  FAX 0123-194-1112 | |
| 免許取得  年月日 | 保健師　西暦　　　　 年 　 　月 　　　日 | | | | | 号 | |
| 助産師　西暦　　　　 年 　　　月 　　　日 | | | | | 号 | |
| 看護師　西暦　20･･　 年 　4　月 　5　　日 | | | | | ○○○○○○　号 | |
| 資格取得 | | | | | | | |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載  感染管理認定看護師 | | | | | 【取得日】  2017年 | | |
| 学　歴 | | | | | | | |
| 一般学歴 | ○○県立　○○高等学校 | | | | | 西暦　20･･　年　3月 卒業 | |
| 専門学歴 | ○○県立　○○看護専門学校 | | | | | 西暦　20･･　年　3月 卒業 | |
| 職　歴 | | | | | | | |
| 【施設名・診療科】  ○○県立○○病院  （外科病棟3年、血液内科病棟4年、感染管理専従看護師3年）  現在に至る | | | | 【期間】  2010年4月～ | | | |

※欄は記入しないこと。