**様式第２号（第８条関係）**

**履　歴　書**　　年　　月　　日現在

写真貼付

（縦４cm×横３cm）

１．最近６ヶ月以内に撮影したもの

２．写真裏面に氏名を記入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 男・女 | |
| 氏　名 | |  | | | 印 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日（満　　　歳） | | | | |
| フリガナ | |  | | | | TEL：  携帯TEL：  E-mail： | | |
| 現住所 | | 〒 | | | |
| 勤務先 | フリガナ |  | | | | 施設概要  【病床数】　　　　　　床 | | |
| 所　属  施設名 |  | | | |
| 所属施設  住　所 | 〒 | | | | TEL：  所属部署又は内線番号（　　　　　　　　） | | |
| 職　種 |  | | 職　位 | |  | | |
| 免　許 | 看護師　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　免許取得　　　　　　　　　号  保健師　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　免許取得　　　　　　　　　号  助産師　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 | | | | | | | |
| 資　格 | 認定看護師　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　免許取得　　　　　　　　　号  　専門看護師　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　免許取得　　　　　　　　　号 | | | | | | | |
| **学　　　　歴**　（※高等学校卒業から記入） | | | | | | | | |
| 年　　月卒業 | | | 高等学校　卒業 | | | | | |
| 年　　月入学  　　　年　　月卒業 | | |  | | | | | |
| 年　　月入学  　　　年　　月卒業 | | |  | | | | | |
| 年　　月入学  　　　年　　月卒業 | | |  | | | | | |
| **職　　　　歴**（※施設名に加え、診療科名を記載してください。） | | | | | | | | 勤務年数 |
| （西暦）  年　　月入職　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 年　　月入職  　　　年　　月離職 | | |  | | | | | 年　　ヶ月 |
| 所属施設内の教育歴   * ラダー等を含む。 | | | | | | | | |
| 学会及び社会における活動  （所属学会） | | | | | | | | |

※履歴書は2枚以内に記載してください。

※なお記入された個人情報については，看護師特定行為研修以外には利用しません。