様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| カラー写真貼付  （縦4cm×横3cm）  １最近３か月以内に  撮影したもの  ２上半身 脱帽 正面  ３裏面に氏名を記入 | | | | **履　　歴　　書**  　　年　　月　　日現在 | | | | | | |
|  | | ふりがな  氏 名 | 男　・　女  西暦 　　　　年　　月　　日生　(　　　歳) | | | | |
|  | | | | |
| 現住所 | | 〒　　　－  　TEL　　　　（　　） | | | | | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | | | |
| 勤  務  先 | ふりがな  名　称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　（　　） | | | | | | | | | |
| 職　種 |  | | | | | | 職　位 |  | | |
| 免  許 | ( 看 護 師 ) 　西暦 　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| ( 保 健 師 ) 　西暦　　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| ( 助 産 師 ) 　西暦 　　　　　 年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| 資格 | ( 専門看護師 ) 西暦 　　　　　 年　　　月　　　日　資格取得　　 分野 | | | | | | | | | | |
| ( 認定看護師 ) 西暦 　　　　　 年　　　月　　　日　資格取得　　 分野 | | | | | | | | | | |
| 学  歴 | 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| * 高等学校**卒業以降**について記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 職  歴 | 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| 西暦　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |
| * 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の実務経験年数は含まない。） | | | | | | | | | 通算　　年 | |
| 所属施設内の  教育歴  ＊ラダー等※1含む | | |  | | | | | | | | |
| 所属施設内の  委員会活動等 | | |  | | | | | | | | |
| こ | これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格（専門、認定看護師以外） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 所属学会 | | |  | | | | | | | | |

**※1　ラダー等とは、公益社団法人日本看護協会が提示する「看護師のクリニカルラダー」を言う。**