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。**