|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式２）  ※受験番号  **履　歴　書**  　　　年　　月　　日現在 | | | | |
| ふりがな  氏　名 | | | **写真**  4×3cm　　　　6ヶ月以内の写真  写真裏面に記名して貼付 | | |
|  | | |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　月　　　日生　（　　）歳 | | |
| 現住所 | | | 〒　　　　－  TEL　　　　（　　　　）　　　　　　　携帯  　e-mail（PC）　　　　　　　　　　　　　@ | | |
| 勤  務  先 | | ふりがな  名　称 |  | | |
|  | | |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　　） | | |
| 施設長名 |  | | |
| 所属長名 |  | | |
| 申込者の職種 |  | 申込者の職位 |  |
| 学  歴 | | （西暦）年　月 | 高等学校卒業から、記載して下さい。 | | |
|  | 高等学校　　　　　　卒業 | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 職  歴 | | （西暦）年　月 | 施設名、配属診療科名、配属期間を記載してください。 | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 現在の職務 | | 所属部署の名称 | 職　務　内　容 | | |
|  |  | | |
| 看護師経験年数 | | |  | | |
| 免許・資格・学位 | | |  | | |
| 学会及び社会に  おける活動  （所属学会；役職等） | | |  | | |
| 研修受講歴  （５日以上） | | |  | | |