様式第2号

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

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TELE-mail |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 施設概要【病床数】　　　　床【看護体制】　 |
| 所属施設名 | \*正式名称を記入すること |
| 設置主体 | (　　　)\*｢申請書類の記入にあたって｣2.記入方法 2）履歴書の該当番号を記入 |
| 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 |
| 認定看護師資格分野名　　　 　　 分野 | 認定看護師資格取得年西暦　 　　年　 　　月　　 　日 | 認定登録番号号 |
| 専門看護師資格分野名　　　 　　 分野 | 専門看護師資格取得年西暦　　 　年　　　 月　 　　日 | 認定登録番号号 |
| 学　歴 |
| 大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける） |
| 西暦年 　月修了／在学中 |  |
| 認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入） |
| 西暦年 　月修了 |  |