（西暦）　　　　年　　　月　　　日現在

履　　　　歴　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 性別 |
| 氏名 | |  | | | |  |
| 生年月日 | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生 （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  【看護体制】 |
| 所　属 施設名 | |  | | | |
|
| 所属施設 住　所 | | 〒 | | | | TEL：  所属部署又は内線番号（　　　　　）  FAX： |
| 職　種 | |  | | | 職　位 |  |
| 免　 許 | 看護師 | | | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日 取得　　登録番号：　　　　　　　号 | | | |
| 専門看護師資格 | | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 取得 | | 特定分野：　　　　　　　　　登録番号：　　　　　号 | |
| 認定看護師資格 | | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 取得 | | 認定分野：　　　　　　　　　登録番号：　　　　　号 | |
| 学　　 　 歴 （※高等学校卒業から記入） | | | | | | | |
| （西暦）  年　　　月卒業 | | | | | 高等学校 | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | |

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

|  |
| --- |
| 特定行為研修受講を志望した理由を記入してください。（500字程度） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |