（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履　歴　書  2024年　　　月　　日現在 | | | | |  | カラー写真貼付  (縦4.5cm×横3.5cm)  1．上半身・正面・脱帽  2.　6か月以内撮影  3．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな | |  | | | |
| 氏　名 | | 性別（　男　・　女　）  昭和・平成　　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | |
| ふりがな | | |  | | | |
| 現　住　所 | | | （〒　　　　－　　　　　　） | | | |
| 電話番号 | | | 自宅：　　　（　　　　　）  　携帯：　　　（　　　　　）　　　　　　　　いずれかは必ず連絡可能な番号であること | | | |
| 勤務先 | ふりがな | |  | | | |
| 名称 | |  | | | |
| ふりがな | |  | | | |
| 所在地 | | （〒　　　　－　　　　　　）  TEL　　　（　　　） | | | |
| 職種 | |  | 職位 |  | |
| 免　許 | 看護師免許 | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 保健師免許 | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 助産師免許 | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 学　歴 | 高等学校 | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
| 職　　　歴 |  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月 | | |

　＊（男・女）、（卒業・中退）、（昭和・平成）の選択部分は、いずれかに○をつけること

　＊　※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設内の  委員会活動等 |  |
| これまでに取得した  医療・福祉関係の  免許・資格 | （看護師・保健師・助産師資格以外） |
|  |
| 所属学会 |  |

＊記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい。

＊記入する事項がない場合は、「なし」と記入して下さい。

（様式２）

記　入　例

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履　歴　書  2024年　3月　1日現在 | | | | |  | カラー写真貼付  (縦4.5cm×横3.5cm)  1．上半身・正面・脱帽  2.　6か月以内撮影  3．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな | | くまもと　　　　はなこ | | | |
| 氏　名 | | 熊本　花子  性別（　男　・　女　）  昭和・平成　62　年　5月　6日生（満　36　歳） | | | |
| ふりがな | | | くまもとけん　○○○○し　○○○ちょう | | | |
| 現　住　所 | | | （〒　860　－　000１　　）  　　熊本県　○○市　○○町　3丁目１－１ | | | |
| 電話番号 | | | 自宅：　096（　123　　）4567  　携帯：　090（　9876 　）6432　　　 　　　いずれかは必ず連絡可能な番号であること | | | |
| 勤務先 | ふりがな | | くまもと○○○○○びょういん | | | |
| 名称 | | 熊本○○○病院 | | | |
| ふりがな | | くまもとけん　○○○○し　○○○ちょう | | | |
| 所在地 | | （〒　860　－　0002　　　）  熊本県　○○市　○○町　5丁目3-1  TEL　096（　352　）0000 | | | |
| 職種 | | 看護師 | 職位 | 副看護師長 | |
| 免　許 | 看護師免許 | | 昭和・平成　○○年　　４　月　５　日　免許取得　　　　12345678　 　　号 | | | |
| 保健師免許 | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 助産師免許 | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 学　歴 | 熊本県立　△△△△　　　　　　　　高等学校 | | | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） | | |
| 熊本県立　○○大学○○学部　看護学科 | | | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） | | |
| 日本○○大学　教育学部　福祉学科 | | | 平成○○年４月～○○年　３月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
|  | | | 年　　月～　　年　　月（卒業・中退） | | |
| ＊高等学校以上について記載してください。 | | | | | |
| 職　　　歴 | ○○法人〇〇会○○○病院 | | | 平成△△年　４　月～　△△年　３月　退職 | | |
| （内科病棟：3年、外科病棟：3年） | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
| 熊本県立○○○病院 | | | 平成△△年　４　月～　　　年　　月　採用 | | |
| （小児科病棟：5年） | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
| 現在に至る | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
|  | | | 年　　　月～　　　年　　月 | | |
| ＊施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | | | |

　＊（男・女）、（卒業・中退）、昭和・平成　の選択部分は、いずれかに○をつけること

　＊　※欄は記入しないこと

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設内の  委員会活動等 | 平成□□年～××年　看護記録委員会  平成××年～△△年　看護感染対策委員会  平成○○年～　　　　副看護師長会  平成○○年～　　　　実習指導者会 |
| これまでに取得した  医療・福祉関係の  免許資格 | （看護師・保健師・助産師資格以外） |
| 平成××年　　　救急看護認定看護師（福岡県看護協会）  平成△△年　　　呼吸療法認定士 |
| 所属学会 | 平成△△年～　　日本がん看護学会  平成◇◇年～　　日本看護科学学会 |

＊記入欄が足りない場合は、記載した別紙を添付し提出して下さい。

＊記入する事項がない場合は、「なし」と記入して下さい。