（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履　歴　書2021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2021年　3月　16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　31　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3-1TEL　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　　 | 　○○私立○○○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・助産師以外） |
| 平成××年　　　社会福祉士平成△△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。