（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履　歴　書　　　　　　　令和　　年　　　月　　日現在　 |  | カラー写真貼付(縦4.5cm×横3.5cm)1．上半身・正面6か月以内に撮影したもの2．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな |  | 男　女 |
| 氏　名 |  | 印印い |
| 生年月日 | 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：（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
| 勤務先 | ふりがな |  |
| 名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊正式名称を記入すること |
| ふりがな |  |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　）TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署若しくは内線番号（　　　　） |
| 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 |
|  | 資格取得 |
| 資格名 | 取得日 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 |  | 昭和・平成　　　年　　月卒業 |
| 専門学歴 |  | 昭和・平成　　　年　　月卒業 |
| 職　歴 |
| 【施設名・診療科】　 | 【期間】 |

（様式２）

み見　　本

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  履　歴　書　　　　　　　令和5年　4　月1　日現在　 |  | カラー写真貼付(縦4.5cm×横3.5cm)1．上半身・正面6か月以内に撮影したもの2．写真裏面に氏名を記入すること |
| ふりがな | あかさか　はなこ | 男　女 |
| 氏　名 | 赤坂　花子 | 赤坂赤印印い |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　元　　年　　４　月　　２　　日生　　（満34歳） |
| ふりがな | ○○けん○○し○○ちょう |
| 現　住　所 | （〒123－4567　　　　　　）○○県○○市○○町１丁目１ |
| 電話番号 | 　自宅：（ 0123-45-6789　）　　　携帯：（ 090-1234-5678　　）　　　　　　　　　　 |
| 勤務先 | ふりがな | ○○けんりつ○○びょういん |
| 名称 | ○○県立○○病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊正式名称を記入すること |
| ふりがな | ○○けん○○し○○ちょう |
| 所在地 | （〒123－7890　　　　　　）○○県○○市○○町５丁目１TEL 0123-45-8989　　　　　　　　　　　所属部署若しくは内線番号（1234） |
| 職種 | 看護師 | 職位 | 副看護師長 |
| 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 |
|  | 資格取得 |
| 資格名感染管理認定看護師 | 取得日平成28年 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 | ○○県立○○高等学校 | 昭和・平成　18　年　3月 卒業 |
| 専門学歴 | ○○県立○○看護専門学校 | 昭和・平成　21　年　3月 卒業 |
| 職　歴 |
| 【施設名・診療科】　○○県立○○病院（外科病棟3年血液内科病棟5年、感染管理専従看護師3年） | 【期間】平成21年4月～ |