（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１  TEL 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～ | | |