受付番号：

**（　様式　2－1　）**

**履　歴　書**

令和 5年 11月 現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | 顔写真  縦4cm×横3cm | |
| 氏名 | 性　別　：　男　・　女 | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　　歳　） | | | | | | | |
| 所属施設名 |  | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | FAX： | | | | | |
| 所属部署 |  | | | | 直通電話番号  または  内線番号 | | 直通：  内線： | | | |
| 書類送付先 | 施設 　・ 　自宅 | | | |  | |  | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | 携帯： | | | | | |
| E-mail： | | | | | | | | | |
| 学歴  （高校卒業以上） | 昭・平　　　　 　年 　　　月 卒業 | | | 高等学校 | | | | | | |
| 昭・平　　　　　　年　　　月 入学  昭・平　　　　　　年 　　月 卒業 | | |  | | | | | | |
| 昭・平　　　　　　年　　　月 入学  昭・平　　　　　　年 　　月 卒業 | | |  | | | | | | |
| 昭・平　　　　　　年　　　月 入学  昭・平　　　　　　年 　　 月 卒業 | | |  | | | | | | |
| 看護師免許取得　※准看護師の経験は含めない | | 実務  経験  年数 | 保健師 | | | 助産師 | | 看護師 | | 合計 |
| 年 | | | 年 | | 年 | | 年 |
| 昭和　・　平成　・　令和　　　　年取得 | |
| 免許証番号：　第　　　　　　　　号 | |
| 認定・専門 看護師等資格　（　有　・　無　） | | | | 有の場合　登録番号：　　　　　　　　　　　号 | | | | | | |
| 分野： | | | | 登録　・　更新　：　平成　・　令和　　　　年 | | | | | | |

**（　様式　2－2　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専　　門　　職　　歴 | 施設名 | 職 種・部 署・役 職　等 | 勤　務　期　間 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
|  |  | 昭・平・令　　年　　月～昭・平・令　　年　　月 |
| 研究発表、論文　等（主なものを記載） | | | |
| 資格取得・研修会等の参加 | | | |
| 併願の有無（他機関の受験も希望している場合は教えて下さい）  □　有　（研修機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　(区　　分：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　無 | | | |
| 所属施設の推薦（推薦理由を記載後、□内をチェックし、署名・捺印をして下さい）  推薦理由：     * 看護師特定行為研修の必要性を理解した上で、　　　　　　　　　　　　　　　を推薦致します。   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受　講　申　請　者　氏　名）  推薦者所属施設：  推薦者役職：　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名：　　　　　　　　　　　　　　印     * 施設からの推薦はありません。 | | | |