様式2

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | 記載不要 |

履　歴　書

写真を貼る位置

正面上半身

(40×30mm)

3か月以内に

撮影したもの

裏面に氏名を記入

西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | 男　・　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　 　　年　　 月　　 日生　(満　　 　歳) |
| ふりがな |  |
| 現住所 | 〒TEL（　　　　）　　　　－　　　　 |
| 勤務先所属機関 | 名称 |  |
| 所属部署（病棟名） |  |
| 所在地 | 〒TEL（　　　　）　　　　－　　　　 |
| 看護師免許取得日 | 　 昭 ・ 平　　　年　　　月　　　日 | （　　　 　　 号） |
| 認定看護師・専門看護師・周術期管理チーム看護師の取得年月日と資格内容 |
| 取得年月日 | 資格内容 |
|  |  |
| 学歴・職歴（職歴は看護職以外はのぞく） |
| （西暦）　　　年　　月 | 　　　　　　　高等学校　　　　　　　　　卒業 |
| 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 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |
| 年　　月　~　　　年　　月 |  |

【注1】別紙の見本に従って記入してください。

【注2】学歴や職歴が足りない場合は、裏面をコピーして使用してください。

【注3】受験票の送付先および選抜試験結果送付先が現住所と異なる場合には、以下に送付先を記入してください。

|  |
| --- |
| 〒　　　－ |
|  |
| TEL（　　　　　）　　　　－　　　　　 |