履　歴　書

（西暦）　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 写真（縦4cm×横3cm）1.最近6か月以内に撮影したもの2.本人単身旨から上3.裏面に氏名を記入し、糊付けする |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　印 | 男　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日(満　　　歳) |
| フリガナ |  | 電話：携帯：E-mail：※携帯キャリアメール以外のものを記載のこと |
| 現住所 | 〒（　　　- ） |
| 勤務先 | フリガナ |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 | 〒（　　　　- ） |
| 施設長名 |  | 所属部署 |  |
| 職種 |  | 職位 |  |
| 免許 | 看護師 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日取得　　登録番号　　　　　　　　　号 |
| 助産師 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日取得　　登録番号　　　　　　　　　号 |
| 保健師 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日取得　　登録番号　　　　　　　　　号 |
| 専門看護師 | 平成・令和　　　　年　　月　　日　取得 | 特定分野：　　　　　　　　　　登録番号　　　　　　　　　　号 |
| 認定看護師 | 平成・令和　　　　年　　月　　日　取得 | 認定分野：登録番号　　　　　　　　　　号 |
| 学歴 | 昭和・平成　　　　年　　　　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　　年　　　　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　　年　　　　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　　年　　　　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　　　年　　　　　月 |  |
| ※高等学校以上について記載してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 職歴 | ※施設名、所属部署の診療科を記載してください。 |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 昭和・平成・令和　　年　　月～　　年　　月 |  |
| 認定看護師教育機関 | 教育機関名 |  | 在籍期間 | 平成・令和　　年　　月　　日～年　　月　　日 |
| 特定行為研修の修了について | 指定研修機関名 |  | 在籍期間 | 平成・令和　　年　　月　　日～年　　月　　日 |
| 修了区分名（パッケージ名） |  |
| 資　　　格 | ※取得年月日と更新の有無を明確に記載のこと |
| 研修受講歴（5日以上） | ※特定行為研修を修了したことがある場合は、修了年月日・受講した区分・指定研修機関名も記入 |
| 学会及び社会における活動（所属学会） |  |
| 賞　　　罰 |  |