【様式２】　　　 　　　　　　　　　　　受験番号（　　　　　　　　　　）

履歴書

写真貼付欄

4.0×3.0

1. 3ヶ月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に氏名･生年月日を記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　 年　　 月　　 日　現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 |
| 氏　名 |  | ㊞ |
| 生年月日 | （西暦）　　　 年　 　 月　　 日生（満　 歳） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | (℡)  (携帯電話) |
| 現住所 | 〒 | | |
| ふりがな |  | | | 病床数  床 |
| 所属機関名 |  | | |
| ふりがな |  | | | (℡)  (所属病棟、内線) |
| 所属機関  住　所 | 〒 | | |
| 免許取得年月日 | | （看護師）西暦　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号    （助産師）西暦　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号  （保健師）西暦　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号 | | |
| 学歴（高校卒業から記入） | | | | |
| （西暦）  年　月　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 「感染管理」に関して取得した資格、受講した講習会、参加した講演会 | | | 「感染管理」に関する所属学会 | |
|  | | |  | |