受験番号：

（様式２）

履　歴　書

写真を貼る位置

１．縦　36～40mm

　　横　24～30mm

２．本人単身胸から上

３．裏面のりづけ

（西暦　　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性 別 |  |
| 氏　　　名 |  | | | 男・女  印 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　生　　（満　　　歳） | | | | |
| 現　住　所 | （〒　　　－　　　） | | | | 電話（　　　）　　－  携帯電話　　－　　－  E-mail |
| ふりがな |  | | | |  |
| 所属施設名 |  | | | | 施設概要  【病床数】　　 　　床 |
| 所属施設  住　所 | （〒　　　－　　　） | | | | 電話（　　　）　　－ |
| 所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 年（西暦） | | 月 | 学　歴 | | |
| 年 | | 月 |  | | |
| 年 | | 月 | 高等学校卒業 | | |
| 年 | | 月 |  | | |
| 年 | | 月 |  | | |
| 年 | | 月 |  | | |
| 年 | | 月 |  | | |
| 年 | | 月 |  | | |