（西暦）　　　　年　　　月　　　日現在

履　　　　歴　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 男・女 |
| 氏名 | |  | | | | 印 |
| 生年月日 | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日生 （満　　　歳） | | | | |
|
| フリガナ | |  | | | | | TEL：  携帯TEL：  E-mail： | |
| 現住所 | | 〒 | | | | |
|
| 勤 務 先 | フリガナ | |  | | | | 施設概要  【病床数】　　　　　　　床  【看護体制】 | |
| 所　属 施設名 | |  | | | |
|
| 所属施設 住　所 | | 〒 | | | | TEL：  所属部署又は内線番号（　　　　　）  FAX： | |
| 職　種 | |  | | | 職　位 |  | |
| 免　 許 | 看護師 | | | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日 取得　　登録番号：　　　　　　　号 | | | | |
| 専門看護師資格 | | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 取得 | | 特定分野：　　　　　　　　　登録番号：　　　　　号 | | |
| 認定看護師資格 | | | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 取得 | | 認定分野：　　　　　　　　　登録番号：　　　　　号 | | |
| 学　　 　 歴 （※高等学校卒業から記入） | | | | | | | | |
| （西暦）  年　　　月卒業 | | | | | 高等学校 | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 職　　 　　歴 （※施設名に加え、診療科を記載してください。） | | | | | | | | 勤務年数 |
| （西暦）  年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |

写真貼付

（縦4cm×横3cm）

1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの

2. 写真裏面に氏名を記入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | イダイ　ハナコ | | | | 男・女 |
| 氏名 | | 医大　花子 | | | |  |
| 生年月日 | | （西暦）○○○○年　○○月　○○日生 （満　○○歳） | | | | |
|
| フリガナ | | ナラケンカシハラシシジョウチョウ | | | | | TEL：0744-22-××××  携帯TEL：090-××××-××××  E-mail：○○○○＠○○.co.jp | |
| 現住所 | | 〒634-8505  奈良県橿原市四条町○○番地 | | | | |
|
| 勤 務 先 | フリガナ | | ナラケンリツイイカダイガクフゾクビョウイン | | | | 施設概要  【病床数】　　　　978　床  【看護体制】　　　7対1 | |
| 所　属 施設名 | | 奈良県立医科大学附属病院 | | | |
|
| 所属施設 住　所 | | 〒634-8521  奈良県橿原市四条町840番地 | | | | TEL：0744-22-3051  所属部署又は内線番号（○○○○）  FAX：0744-22-×××× | |
| 職　種 | | 看護師 | | | 職　位 | 主任 | |
| 免　 許 | 看護師 | | | （西暦）　○○○○年　　○○月　　○○日 取得　　登録番号：○○○○○○号 | | | | |
| 専門看護師資格 | | | （西暦）○○○○年　○○月　○○日 取得 | | 特定分野：急性重症患者看護　登録番号○○○○○○号 | | |
| 認定看護師資格 | | | （西暦）○○○○年　○○月　○○日 取得 | | 認定分野：救急看護　　　　登録番号：○○○○○○号 | | |
| 学　　 　 歴 （※高等学校卒業から記入） | | | | | | | | |
| （西暦）  年　　　月卒業 | | | | | ○○県立○○高等学校　卒業 | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | | ○○大学看護学部　入学  同　卒業 | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 年　　　月入学  年　　　月卒業 | | | | |  | | | |
| 職　　 　　歴 （※施設名に加え、診療科を記載してください。） | | | | | | | | 勤務年数 |
| （西暦）  年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | | ○○県立○○病院　○○病棟（○○科）  ○○県立○○病院 | | | ○年　　○ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | | ○○法人○○会○○病院　○○病棟（○○科）  ○○法人○○会○○病院　○○病棟（○○科） | | | ○年　　○ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | | ○○法人○○会○○病院　○○病棟（○○科）  ○○○○年○○月現在勤務中 | | | ○年　　○ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |
| 年　　　月入職  年　　　月離職 | | | | |  | | | 年　　　ヶ月 |

（西暦）２０１７年　　○月　○○日現在

履　　　　歴　　　　書

**【記入例】**

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○

写真貼付

（縦4cm×横3cm）

1. 最近6ヶ月以内に撮影したもの

2. 写真裏面に氏名を記入

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○

○○○○　　 ○