KD教育-Ca00003(01)

（様式２）

**履　歴　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　　年　　月　　日現在

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | |
| 氏　名 | | （自署） | | | |  |
| 生年月日 | | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） | | | |
| ふりがな | |  | | | TEL  自宅：  携帯：  E-mail： | |
| 現住所 | | 〒 | | |
| 勤務先 | ふりがな |  | | | 施設概要  【病床数】　　　　　　　床 | |
| 所　属  施設名 |  | | |
| 所属施設  住　所 | 〒 | | | TEL：  所属部署又は内線番号（　　　　　　　　） | |
| 職　種 |  | | 職　位 |  | |
| 免　許 | 看護師　　　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　取得　　　　　　　　　　　号  保健師　　　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　取得　　　　　　　　　　　号  助産師　　　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　取得　　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 資　格 | 認定看護師　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　取得　　　　　　　　　　　号  　専門看護師　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　取得　　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| **学　　　　歴**　（※高等学校卒業から記入） | | | | | | |
| （西暦）  至　　 　 年　　月 | | | 高等学校　卒業 | | | |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 | | |  | | | |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 | | |  | | | |

KD教育-Ca00003(01)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **職　　歴**（※施設名に加え、診療科名を記載してください。）  （※同施設内での異動は、配属部署毎に記載してください。） | | 勤務年数 |
| （西暦）  自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 自　　　　年　　月  至　　　　年　　月 |  | 年　　ヶ月 |
| 所属施設内の教育歴   * ラダー等を含む。 | | |
| 学会及び社会における活動  （所属学会） | | |

※履歴書は2枚以内に記載してください。

※なお記入された個人情報については，看護師特定行為研修以外には利用しません。