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。