|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受付番号： |  |  | 様式３ |
| 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |
| 氏 | 名 |  |
| 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】【看護体制】 | 床 |  |
| 所 属施設名 |  |
| 所属施設住 所 |  |  |
| 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 |  |
| 認定看護師資格 | （西暦） | 年 | 月 | 日取得 |  |
|  |  |  |  |  | 学 |  |  | 歴（※高等学校卒業から記入） |  |  |  |
| 西暦 |  | 年 | 月卒業 | 高等学校 |
|  |  | 年年 | 月入学月卒業 |  |
|  |  | 年年 | 月入学月卒業 |  |
|  |  | 年年 | 月入学月卒業 |  |
|  |  | 年年 | 月入学月卒業 |  |
|  | 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 |  | 年年 | 月入職月退職 |  |  | 年 |  | ヶ月 |
|  |  | 年年 | 月入職月退職 |  |  | 年 |  | ヶ月 |
|  |  | 年年 | 月入職月退職 |  |  | 年 |  | ヶ月 |
|  |  | 年年 | 月入職月退職 |  |  | 年 |  | ヶ月 |
|  |  | 年年 | 月入職月退職 |  |  | 年 |  | ヶ月 |