|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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 |