**別紙様式2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (希望する区分別科目No.○で囲んで下さい) |  | (HITO病院記入欄) |
| **区分No** | **1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7** | **※受験番号** |  |

**履　　歴　　書**

**年　　月　　日現在**

写真（3×4cm）

6か月以内

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | | | |  | | |
| 氏　　名 | | | | | | |
| 生年月日　　昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | | | | |
| 性　　別　　　　　　　　　男　・　女 | | | | | | |
| 現　住　所 | | | 〒　　　－  E-mail  T E L　　　　　（　　　　　） | | | | | | |
| 所　属　先 |  | |  | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒　　　－  E-mail  T E L　　　　　（　　　　　） | | | | | | |
| 職　　種 | |  | | | 職　　位 | | |  |
| 免　許 | （ 看 護 師 ）　昭 ・ 平 ・ 令 　　年　　月　　日　　　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （ 保 健 師 ）　昭 ・ 平 ・ 令 　　年　　月　　日　　　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| （ 助 産 師 ）　昭 ・ 平 ・ 令 　　年　　月　　日　　　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | |
| 学　歴 | 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| * + 高等学校以上について記載してください。 | | | | | | | | |
| 職　歴 | 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| 年　　月 | | | |  | | | | |
| * + 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | | | | | | |
| 所属施設内教育歴（＊ラダー等含む） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 所属施設内の委員会活動等 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 受講した講習会（5日以上）、取得した資格 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 認定資格 | | 分野名 | | | | | | 取得年月日 | |
| 専門看護師 | |  | | | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 認定看護師 | |  | | | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 所属学会 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 扶養家族数（配偶者を除く）  　　　　　　　　　　　　人 | | | | 配偶者  　　　　　有　・　無 | | | | 配偶者の扶養義務  　　　　　有　・　無 | |

※上記各欄で記入不足の場合は、項目行数を増やすかこの用紙をコピーしてください。