（様式２） 　※受験番号

(記入不要)

履　 歴　 書

写真貼付

正面上半身

（4.0×3.0cm）

写真裏面に記名

（西暦）　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 生年月日  （西暦） | 年　　　月　　　日生　　（　　　歳） | | | |
| フリガナ |  | | | | | TEL・携帯電話  メールアドレス | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 【病床数】  　　　　　　床 |
| 所属  機関名  （正式名称） |  | | | | | |
| 所属機関  所在地 | 〒 | | | | | | 電話  （　　　）  　　　　－ |
| 病院機能 | □都道府県がん診療連携拠点病院　　　□地域がん診療連携拠点病院  □地域がん診療病院　　　□特定機能病院 | | | | | | |
| 看護師免許取得  年月日 | | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 特定行為研修 受講歴 | | 有　・　無 | | | ☐　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  ☐　創傷管理関連  ☐　創部ドレーン管理関連  ☐　その他 | | |
| 学　　歴（高校卒業時から記入） | | | | | | | |
| 年　　月 | |  | | | | | |
| 年　　月 | |  | | | | | |
| 年　　月 | |  | | | | | |
| 年　　月 | |  | | | | | |
| 年　　月 | |  | | | | | |