（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 |  |