**様式２**

（福島県立医科大学記入欄）

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **コース No** |  | **※受付番号** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| カラー写真貼付（4.5㎝ × 3.5㎝）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（パスポートサイズ） | **履歴書**令和　　年　　月　　日現在 |
|  | 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 | 〒　　　－電話番号　　　　　　　　(　　　)　　　　　　　　日中連絡の取れる電話番号　　　　　　　　(　　　)　　　　　　　メールアドレス　　　　　　　　　　＠　 |
| 勤務先 | ふりがな名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－TEL　　　　　　(　　　　)　　　　 |
| 職種 |  | 職位 |  |
| 免許 | （看護師）　　　　昭・平　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| （保健師）　　　　昭・平　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| （助産師）　　　　昭・平　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| 学歴 | 昭・平　　年　　月卒業 | 高等学校  |
| 昭・平　　年　　月入学昭・平　　年　　月卒業 |  |
| 昭・平　　年　　月入学昭・平　　年　　月卒業 |  |
| 昭・平　　年　　月入学昭・平　　年　　月卒業 |  |
| 昭・平　　年　　月入学昭・平　　年　　月卒業 |  |
| ＊高等学校以降について記載してください。 |
| 職歴 | 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| 昭・平　　年　　月～昭・平　　年　　月　 |  |
| ＊施設名に加え、診療科を記載してください。 |
| 看護師免許取得後の実務経験年数 | 　　　　　年 |
| 所属施設内の教育歴＊ラダー等含む |  |
| 所属施設内の委員会活動等 |  |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格（主催機関名、認定機関名も記載） |
|  |
| 所属学会 |  |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　年　　月　　日氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　 |

※上記各欄で記入不足の場合は、この用紙をコピーして追加してください。