**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。