（様式　2）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

履　歴　書

西暦　　年　　月　　日現在

正面上半身 (40×30mm) 3か月以内に 撮影したもの 裏面に氏名を記入	フリガナ		男　・　女
	氏　名		
	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

フリガナ		TEL 携帯TEL E-mail（携帯メール以外）
現住所	〒	
フリガナ		施設概要 【病床数】 【看護体制】
所属施設名		
所属施設 住　　所	〒	TEL 所属部署もしくは内線番号 （　　） FAX

免許取得年月日	保健師　西暦　　年　　月　　日	号
	助産師　西暦　　年　　月　　日	号
	看護師　西暦　　年　　月　　日	号

認定看護師資格分野名 ＿＿＿＿＿＿分野	認定看護師資格取得年 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号
専門看護師資格分野名 ＿＿＿＿＿＿分野	専門看護師資格取得年 西暦　　年　　月　　日	認定登録番号 号

職　歴

年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
		現在に至る

注１　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。