**（様式２）**

（青森中央学院大学記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** |  |

**履　歴　書**

写真 貼付

（縦30mm×横24mm）

6か月以内に撮影したもの

写真裏面に記名

西暦　　　年 　月 　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男・女 |
| 氏　名 |  | | 印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | |
| 現住所 | | 〒（　　　－　　　）  ＴＥＬ　　　（　　　）  Email | | | | | |
| 選考結果  通知先 | | 〒（　　　－　　　）  　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　（　　　　）  （現住所と同じ場合は記入不要） | | | | | |
| 勤  務  先 | ふりがな |  | | | | 所属部署 | |
| 所属施設名 |  | | | |  | |
| 所属施設  住所 | 〒（　　　－　　　） | | | | TEL　　　（　　）  FAX　　　（　　） | |
| 施設長名 |  | | | | | |
| 出願者の職種 |  | | | | | |
| 出願者の職位 |  | | | | | |
| 免許取得年月日 | | 保健師　（西暦）　　　 　 年 　 月 　 　日  助産師　（西暦）　　　 　 年 　　月 　 　日  看護師　（西暦）　　　 　 年 　　月 　 　日 | | | | 号  　　　　　 　　　　号  　　　　　　 号 | |
| 認定看護師資格  分野名　　　　　分野 | | 認定看護師資格取得  (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  (西暦)　　　　 　年　　　月　　　日 | | | | 認定登録番号  　　　　　　　　　 　号 | |
| 学  歴 | (自）(西暦）　 　 年　　月 | |  | | | | |
| (至）(西暦）　 　 年　　月 | |  | | | | |
| (自）(西暦）　 　 年　　月 | |  | | | | |
| (至）(西暦）　　　年　　月 | |  | | | | |
| (自）(西暦）　　　年　　月 | |  | | | | |
| (至）(西暦）　　　年　　月 | |  | | | | |
| (自）(西暦）　　　年　　月 | |  | | | | |
| (至）(西暦）　　　年　　月 | |  | | | | |

＊高等学校以上について記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職  歴 | （西暦）　　　年　　　月  ～　　 年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　～ 　　　年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　～ 　　　年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　　～ 　　　年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　　～ 　　　年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　　～ 　　　年　　　月 |  | |
| 年　　　月  　　～ 　　　年　　　月 |  | |
| ＊施設名、診療科を記載してください | | |
| 資　格・免　許 | | |  |
| 研修受講歴（5日以上） | | |  |
| 学会及び社会における活動  （所属学会など） | | |  |
| その他 | | |  |

＊行が不足する場合は、追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には利用しません。