**（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

（4cm×3cm）

6か月以内のもの

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。