受験番号：

　　　　　　　　　　**履　歴　書**

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

西暦　　 年 月 日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　女 |
| 氏　名 |  | 印 |
| 生年月日 | 西暦　　 年　　 月　　 日生　（満　 歳） |
| フリガナ |  | TEL携帯TELE-mail |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 施設概要【病床数】　 床 |
| 所属施設名 |  |
|  |  |
| フリガナ |  | TEL所属部署もしくは内線番号（　 　　）FAX |
| 所属施設住　所 | 〒 |
| 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 |
| 学　歴 |
| 大学院（修了年月と大学院名・学科・専攻等を下記に記入、在学中の場合は「在学中」に○をつける） |
| 西暦年 　月修了／在学中 |  |
| 認定看護師教育（修了月と機関名を下記に記入） |
| 西暦 年 月修了 |  |

受験番号：

実務経験報告書

|  |
| --- |
| **看護師免許取得後の実務経験****（所属施設名、所属診療科名、職位）** |
| 年　　月～　年　　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名： 　　　　　　　　　　　 職位：  |
| 年　　月～　年　　月（　　　か月間） | 所属施設名：所属診療科名： 　　　　　　　職位：  |
| 年　　月～　年　　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名： 　　　　　　職位：  |
| 　　年　　月～　　　年　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　年　　月～　　　年　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　年　　月～　　　年　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| 　　年　　月～　　　年　月（　　　か月間） | 所属施設名： 所属診療科名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： |
| **看護の実務経験年数（通算）** | か月間 （ 　 年 　か月）**※**2025年9月30日現在 |