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TEL  E-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 |