**（様式　2）**

　　　　　　　　　　**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 |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 所属施設名 | ＊正式名称を記入すること |
| 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 |
| 資格取得 |
| 【資格名】＊上記以外の医療に関する資格のみ記載 | 【取得日】 |
| 学　歴 |
| 一般学歴 |  | 西暦　　年　　月 卒業 |
| 専門学歴 |  | 西暦　　年　　月 卒業 |
| 　 職　歴 |
| 【施設名・診療科】 | 【期間】 |
| 【看護師賠償責任保険への加入の有無】 | 有（保険会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　）・無加入予定（〇年○月頃） |