別記様式第2（第4条関係）

履 歴 書　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日現在

写真（3×4㎝）

6ヶ月以内の写真

写真裏面に記名して貼付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　年　　月　　日　満（　　）歳 | | |
| 住　所 | | 〒 | | |
| 連絡先 | | 携帯 　　　- -  メールアドレス | | |
| 勤　務　先 | ふりがな |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号（直通） 　　　- - | | | |
| 施設長名 |  | | | |
| 申請者の職種 |  | 申請者の職位 |  | |
| 学　歴 | 年　　月 | ※高等学校以上について記入してください。 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 職　歴 | 年　　月 | ※施設名、診療科名、配属期間等を記入してください。 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 免許・資格 | 年　　月 | ※看護師免許等は免許番号を右に記入してください。 | | | 免許番号等 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| 学会発表歴・投稿歴 | 年　　月 |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| 過去三年間の所属施設内の  研修受講歴 | ※研修期間及び研修名を記入してください。 | | | | |
|  | | | | |
| ラダー  レベル | ・所属施設のクリニカルラダー（　　）　※ない場合は「なし」と記入してください。  ・日本看護協会のクリニカルラダー（　　） | | | | |
| これまで担ってきた役割 | ※これまで担ったことのある所属施設内委員会委員、プリセプター、日常業務の  リーダー、部署内委員会のリーダー、施設内認定資格(IVナース等)等について  記入してください。 | | | | |
|  | | | | |

※行が不足する場合は、項目行数を増やすかこの用紙をコピーしてください。

　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。