# 別記様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | **※受験番号** | | (信州大学医学部附属病院記入欄) |
| カラー写真貼付  （4.5㎝ × 3.5㎝）  1 最近6ヶ月以内に撮影したもの  2 本人単身胸から上  3 写真裏面に氏名を記入し、糊付け  (パスポートサイズ) | | | | | | 履歴書  　　　　年　 　月　 　日現在 | | | | | | |
|  | | | | ふりがな  氏名 | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | 西暦　　　　　年 　 　月 　 　日生（満　 　歳） | | | | | |
| 性　別 | | | 男　・　女 | | | | | |
| 現　住　所 | | | 〒　　　－  TEL　　　　　　(　　　　) | | | | | | | | | |
| 勤務先 | ふりがな  名称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　　　　(　　　　) | | | | | | | | | |
| 職種 | |  | | | | | 職位 | |  | | |
| 免許 | （看護師）西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| （保健師）西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| （助産師）西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| 学歴 | 西暦　　　　　　年　　月 | | | |  | | | | | | | |
| 西暦　　　　　　年　　月 | | | |  | | | | | | | |
| 西暦　　　　　　年　　月 | | | |  | | | | | | | |
| 西暦　　　　　　年　　月 | | | |  | | | | | | | |
| 西暦　　　　　　年　　月 | | | |  | | | | | | | |
| * 高等学校以上について記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 資　格 | 認定看護師　　西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　　　　　　　　　分野 | | | | | | | | | | | |
| 認定看護師　　西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　　　　　　　　　分野 | | | | | | | | | | | |
| 専門看護師　　西暦　　　　年　　　月　　　日　資格取得　　　　　　　　　　　　　分野 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職歴 | 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| 西暦　　　　　　年　　月 | |  |
| * 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | |
| 所属施設内の 教育歴  ＊ラダー等含む | |  | |
| 所属施設内の 委員会活動等 | |  | |
| これまでに取得した資格、研修受講歴（5日間以上）、学位 | | | |
|  | | | |
| 学会及び社会における活動  （所属学会:役職等） | |  | |

※上記各欄で記入不足の場合は、この用紙をコピーして追加記載してください。