# 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。