

別記様式 2

※受験番号	(信州大学医学部附属病院記入欄)
--------------	------------------

履 歴 書

年 月 日現在

カラー写真貼付
(4.5 cm × 3.5 cm)
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)

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	特定行為研修		西暦	年	月	日 修了	
	研修機関名 :						
	コース名 :						
	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。				
ラダーの達成状況 * 最新の状況のみ記載		ラダーレベル () を達成 (西暦 年 月)		

※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。