（様式2)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

　　　　　履　歴　書

写 真 貼 付

（5.0cm×4.0cm）

**写真裏面に記名**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　2023年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＪＮＡ会員№ |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | 非会員 | |
| 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 |  | | | | | | | | 携帯電話 | | |  | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | |
| E-Mail | | |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 病床数 | | | 床 |
| 所属機関  名　　称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 看護体制 | | | 対１ |
| 設置主体 | （　　　　　）　\*「申請書類の記入についての注意事項」の中から番号を記入 | | | | | | | | | | | | |
| 所属機関  住　　所 | 〒 | | | | | | | | ＴＥＬ | |  | | | | | | |
| ＦＡＸ | |  | | | | | | |
| 免許取得年月日 | | | 看護師　(西暦)　　　　年　　月　　日 | | | | | | 第号 | | | | | | | | |
| 助産師　(西暦)　　　　年　　月　　日 | | | | | | 第号 | | | | | | | | |
| 保健師　(西暦)　　　　年　　月　　日 | | | | | | 第号 | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 学　　歴（高校卒業時から記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （西暦）  年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　　歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　月から  年 　月まで | |  | | | | | | | | | | | | | | | |