別記様式第2号（第8条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　特定行為研修

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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写真裏面に氏名を記入する |  |   **履　　歴　　書**　西暦　　　　年　　月　　日記入 |
|  | ふりがな氏 名 | 性別（　　　）西暦　　年　　月　　日生　(満　　　歳★)　　　　　　　　　　　 ★2025年10月1日現在 |
|  |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 自宅電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| 勤務先 |  ふりがな施設名 | 所属部署( ) |
| 　所在地 | 〒　　　－TEL　　　　　　　　　　　　　 |
| 職　種 |  | 職　位 |  |
| 免許 |  (保 健 師) 西暦　　　　　年　　　月　　　日　取得　　　　　　　　　　号 |
|  (助 産 師) 西暦　　　　　年　　　月　　　日　取得　　　　　　　　　　号 |
|  (看 護 師) 西暦　　　　　年　　　月　　　日　取得　　　　　　　　　　号 |
| 学歴 |  　年　月卒業 |  |
|  　年　月～　年　月 |  |
|  　年　月～　年　月 |  |
|  　年　月～　年　月 |  |
|  　年　月～　年　月 |  |
| ※高等学校卒業以降について、西暦で記載してください。 |
| 職歴 |  年　月～　年　月 |  |  |
|  　年　月～　年　月 |  |  |
|  　年　月～　年　月 |  |  |
|  年　月～　年　月 |  |  |
|  　年　月～　年　月 |  |  |
|  年　月～　年　月 |  |  |
| ※看護師の免許取得後の職歴(施設名・診療科)を記載してください。※看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の経験は含まない） | 通算　 　 年　 か月 |
|  |
| 所属施設内外の教育受講歴＊ラダー等含む |  |
| 所属施設内の委員会活動等 |  |
| 　これまでに受講した講習会 |
| 　　　年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| これまでに取得した資格 |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 年　月 |  |
| 所属学会 |  |