様式３

履 歴 書

令和　　　年　　　　月　　　　日　現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | ふりがな | | | カラー写真貼付  （縦4㎝×横3㎝）  ・直近6ヶ月以内に  撮影したもの  ・写真の裏面に氏名を  記載すること |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　日生 | | 満　　　歳 |
| 自宅住所 | | 〒 | | |
| 連絡先 | | 携帯： | | 自宅： | |
| メールアドレス | | | |
| 勤務先 | 名　称 | ふりがな | | | |
| 所在地 | 〒  TEL　　　　　　（　　　　　　） | | | |
| 職　位 |  | | 職　種 |  |
| 免許 | 看護師 | 年　　　　月　　　　日 | | 免許取得 | 号 |
| 保健師 | 年　　　　月　　　　日 | | 免許取得 | 号 |
| 助産師 | 年　　　　月　　　　日 | | 免許取得 | 号 |
| 学　　歴 | ※高等学校以上について記載してください | | | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 職　　歴 | ※施設名・診療科、医療機関外勤務全てを記載してください。 | | | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 職　　歴 | 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| 年　　月 | |  | | |
| これまでに取得した  医療に係る資格 | | |  | | |
| 現在所属している  学会名 | | |  | | |
| 看護の実務経験年数  准看護師歴、産休・育休期間は除く | | | （通算）　　　　　　　年　　　　　　　ヶ月 | | |

県立宮崎病院看護師特定行為研修

（注）

１．メールアドレスは、数字と文字、ハイフン・アンダーバーがわかるように記載すること

２．職歴は、院内での部署異動を含め記載すること

３．看護の実務経験年数の確認が必要な場合は、所属医療機関に別途確認を行う

４．記入欄が不足する場合は、枠を広げる・行数を増やして記載すること

５．原則、履歴書は返還しない