別紙様式２（第６条関係）

※受験番号

履歴書（　 年度　高知大学医学部附属病院看護師特定行為研修　出願用）

　　年　　月　　日　現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 性　別 | 写　真（縦4cm×横3cm）1.最近6カ月以内に撮影したもの2.胸から上3.裏面に氏名を記入し糊付け |
| 氏　名 | 男・女 |
| 生年月日　　　　　　　年　　月　　日生（満　　歳） |
| 現　住　所 | 〒（　　　-　　　）　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　）　緊急連絡先（　　　　　　　　　　　） |
| 選考結果通知先 | 〒（　　　-　　　）ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　）　 |
| 勤　務　先 | ﾌﾘｶﾞﾅ施設等名称 |  |
|  |
| 所在地 | 〒（　　　-　　　）ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　） |
| 施設長氏名 |  |
| 出願者の職種 |  |
| 出願者の職位 |  |
| 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 |
| 認定看護師 | （領域名：　　　　　　　　　　　　　）※認定証の写しを添付年　　　　月　　　日　資格取得　　　　号 |
| 専門看護師 | （領域名：　　　　　　　　　　　　　）※認定証の写しを添付年　　　　月　　　日　資格取得　　　　号 |
| 学　歴 | 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| ※高等学校以上について記載してください。 |
| 職　歴 | 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 　　 年　　月 |  |
| ※施設名、診療科を記載してください。 |
| 資　　　格 |  |
| 研修受講歴（5日以上） | ※看護師特定行為研修を修了している場合はこの欄に記入し修了証の写しを添付 |
| 学会及び社会における活動（所属学会） |  |
| 賞　　　罰 |  |

※行が不足する場合は、追加して記入してください。

なお、記入された個人情報については、看護師特定行為研修以外には、利用しません。