**別紙様式２**

（希望する区分別科目№を○で囲んで下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分No** | | **1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5** | | | | | | **※受験番号** | | | (愛媛大学病院記入欄)  と |
| 履歴書  　　　　年　　月　　日現在 | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | 写真（3×4㎝）  6か月以内 | | | |
| 氏　　名 | | | | | | | | |
| 生年月日　　昭和　・　平成　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | | | | | | |
| 性　別　　　　　　　　男　・　女 | | | | | | | | |
| 現　住　所 | | | 〒　　　－  E-mail  T E L 　　　　　　(　　　　) | | | | | | | | | |
| 所　属　先 | ふりがな  名称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－  T E L　　　　　　(　　　　) | | | | | | | | | |
| 職種 | |  | | | | 職位 | | |  | | |
| 免許 | （看護師）　　昭・平・令　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| （保健師）　　昭・平・令　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| （助産師）　　昭・平・令　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| 学歴 | 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 | | | |  | | | | | | | |
| * 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 所属施設内教育歴（＊ラダー等含む） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設内の委員会活動等 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 受講した講習会（5日以上）、取得した資格 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 認定資格 | | | | 分野名 | | | | | 取得年月日 | | | |
| 専門看護師 | | | |  | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 認定看護師 | | | |  | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 所属学会 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

※上記各欄で記入不足の場合は、項目行数を増やすかこの用紙をコピーしてください。