

別紙様式 2

(希望する区分別科目Noを○で囲んで下さい)

(愛媛大学病院記入欄)

区分 No	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	※受験番号	
-------	-------------------	-------	--

履 歴 書

年 月 日現在

写真 (3×4 cm)

6 か月以内に撮
影したもの

ふりがな	
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 TEL ()		
所 属 先	ふりがな 名 称		
	所 在 地	〒 —	
		TEL ()	
	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）		
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
所属施設内の委員会活動等		
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
受講した講習会（5日以上）、取得した資格		
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
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。