**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** | **※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 | 〒　　　－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　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| （保健師）　　　　昭・平　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| （助産師）　　　　昭・平　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　　　号 |
| 学歴 | 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| * 高等学校以上について記載してください。
 |
| 職歴 | 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　年　　月 |  |
| 昭和・平成　　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 |
|  |
| 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。