別記様式第2号（第11条関係）

(魚沼基幹病院記入欄)

と

（希望する区分別科目名を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分別科目名** |  | **※受験番号** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| カラー写真貼付  （4.5㎝×3.5㎝）  1　最近6ヶ月以内に撮影のもの  2　写真裏面に氏名を記入  (パスポートサイズ) | | | | 履歴書  　　　　年　　月　　日現在 | | | |
|  | | | ふりがな  氏名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生（満　　歳） | | |
| 性　別 | | 男　・　女 | | |
| 現　住　所 | | 〒　　　－  　　TEL　　　　　　(　　　　)  　　　　　　　　携帯電話番号  　　　　　　　　メールアドレス | | | | | |
| 緊急連絡先 | | TEL　　　　　　(　　　　)  FAX ( ) | | | | | |
| 勤務先 | ふりがな  名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　　　(　　　　) | | | | | |
| 職種 |  | | | | 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 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 学歴 | 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 | | |  |
| * 施設名に加え、診療科を記載してください。 | | | |
| 所属施設内の 教育歴  ＊ラダー等含む | |  | | |
|  | |  | | |
| 所属施設内の 委員会活動等 | | |  | |
| これまでに参加した講演会、受講した講習会、取得した資格 | | | | |
|  | | | | |
| 所属学会 | | |  | |

※上記各欄で記入不足の場合は、この用紙をコピーして追加してください。