

様式 2

(希望する区分Noを○で囲んで下さい)

(※は松江赤十字病院記入欄)

受講希望特定行為 区分 No	1・2・3・4・5・6・7・8	※申込番号	
-------------------	-----------------	-------	--

## 履 歴 書

令和 年 月 日現在

写真貼付  
3.0×2.4 cm  
6ヶ月以内に  
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	〒 ー		
	TEL ( ) メールアドレス		

勤 務 先	ふりがな 名 称			
	所 在 地	〒 ー		
		TEL ( )		
	職 種		職 位	

免 許	( 看 護 師 ) 登録年月日 昭・平 年 月 日 免許番号 号
	( 保 健 師 ) 登録年月日 昭・平 年 月 日 免許番号 号
	( 助 産 師 ) 登録年月日 昭・平 年 月 日 免許番号 号

学 歴	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
* 看護基礎教育 (専門学校、短大、大学) 及びそれ以降について記入してください。		

職 歴	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月	
* 施設名、病棟名、診療科名を記入してください。		

取得しているラダー (注1)	ラダーの種類 (いずれかに○)	年月日	ラダーレベル	他者評価者名 (未導入施設のみ記載)
	( ) 赤十字施設の キャリア開発ラダー  ( ) 日本看護協会版 クリニカルラダー			
受講している主な研修 (注2)  ・過去5年以内に 受講した研修を 直近のものから 記載下さい	年 月	研 修 名		
取得している 資格	年 月	資 格		
所属している 学会名				

注1) 取得しているラダーについて、赤十字施設以外の方はご相談下さい。

注2) 履修免除を希望するものは、履修免除する科目の履修証明書を提出して下さい。特定行為研修を修了したものは修了証を提出して下さい。