**別記様式２（第１５項第２号関係）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **コース No** | **１　・　２　・　３　・　４　・　５**  （希望する区分別科目№を○で囲んで下さい）  **６　・　７　・　８　・　９　・　１０** | **※受験番号** | (筑波大学附属病院記入欄)  と |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 履歴書  平成　　年　　月　　日現在 | | | |
| カラー写真貼付  （4.5㎝ × 3.5㎝）  1　最近6ヶ月以内に 撮影したもの  2　写真裏面に氏名を記入  (パスポートサイズ) | | | | | 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 | | | | 〒　　　－  TEL　　　　　　(　　　　) | | | | | | |
| 勤務先 | 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 | | | | |  | | | | |
| 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。