**地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院**

**看護師の特定行為研修　履歴書**

6か月以内の

写真(4×3cm)

写真裏面に氏名を記入

西暦　　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　・　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　(満　　　歳) |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　　－ |
| e-mail |  |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所属部署(病棟名) |  |
| 所在地 | 〒TEL（　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　 |
| 看護師免許取得日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　　　　　　　号） |
| 所属機関における医療安全/医療倫理に関する講義の受講状況 | □　両方未受講□　両方もしくはどちらかのみ受講済み　(最終受講日を記入する)　　医療安全：　　　　　年　　　　　月　　　　　日受講　　医療倫理：　　　　　年　　　　　月　　　　　日受講 |

**学歴（年数は西暦で記載、高等学校以降の学歴を記載して下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月 | 学　　　　　歴 |
| 年　　　　月 | 卒業　　 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

**職歴（年数は西暦で記載、同病院で病棟異動があった場合は別に記載して下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月 | 職　　　　　歴 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

**資格（年数は西暦で記載、認定看護師や専門看護師、その他看護に関連する内容を記載して下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| 取得年月日 | 資格内容 |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |

**その他連絡事項**

|  |
| --- |
|  |