|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

希望する特定行為区分の欄に○をつけてください

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すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **呼吸器（気道確保に係るもの）** |  | **栄養及び水分管理に係わる薬剤投与** |
|  | **呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）** |  | **感染に係る薬剤投与関連** |
|  | **呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）** |  | **血糖コントロールに係る薬剤投与関連** |
|  | **ろう孔管理** |  | **精神及び神経症状に係る薬剤投与** |
|  | **創傷管理** |  | **外科術後病棟管理領域ﾊﾟｯｹｰｼﾞ** |
|  | **動脈血液ガス分析** |  | **術中麻酔管理領域ﾊﾟｯｹｰｼﾞ** |

|  |
| --- |
| **履　　歴　　書**西暦20　　　年　　月　　日現在 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日生　（満　　　歳） |
| 性別 | □　　女性　　　□　　男性 |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 自宅：　　　　　（　　　）携帯：　　　　　（　　　） |
| 勤務先 | ふりがな名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－TEL：　　　（　　） |
| 職　種 |  | 職　位 |  |
| 免許 |  ( 看護師 ) 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
|  ( 保健師 ) 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
|  ( 助産師 ) 西暦　　　年　　　月　　　日　免許取得　　　　　　　　号 |
| 学　　　　　　　歴 | 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| ※高等学校以上について記載してください |
| 職歴 | 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| 西暦　　　年　月 |  |
| ※施設名に加え、診療科を記載してください |
| 看護師免許取得後の実務経験年数（准看護師の実務経験年数は含まない） | 通算　　　年 |
| 所属施設内の教育歴・委員会活動等 |  |
| これまでに取得した医療関連資格・受講した講習会等 |  |
| クリニカルラダー（日本看護協会版） | 項目 | レベル | ※自施設ラダーではなく、日本看護協会版『看護師のクリニカルラダー』で評価する |
| ニーズを捉える力 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ |
| ケアする力 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ |
| 協働する力 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ |
| 意思決定を支える力 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ |
| 所属学会 |  |

* 記入欄が足りない場合は適宜行数を増やして記載すること
* ※欄は記入しないこと