履 歴 書　（看護師用）

No.

2023　年　　月　　日

【意思確認事項】 ※申請に際しては、下記項目にチェック（✓）がされていることが必須となります。

☐ 国際的な会合やスポーツ大会といったイベント時や外傷患者が多数発生する事態の外傷外科医等の招集に、積極的に協力します。

☐ 外傷患者が多数発生する事態やイベントにおける医療提供体制等による派遣依頼があった場合に備え、厚生労働省が氏名や連絡先等を含めた個人情報を保管し、有事に都道府県等にその情報を提供することについて同意します。

氏　名	(ふりがな)		☐男	生年月日	19　年　月　日
	(姓)	(名)	☐女	看護師免許登録番号 (登録年月日)	(　年　月　日)
	(英語表記)			携帯電話	
住　所	〒				
E-mail					

最終卒業校	年	月	卒　業

職　歴

勤務期間	年	月	施設名	診療科名	役職	手術室の有無 介助の有無
自						
至						
自						
至						
自						
至						
自						
至						
自						
至						

※必ず手術室および介助の有無を選択してください（手術室が「なし」の場合でも、初療室での介助がある場合は「介助あり」になります）。実際の手術介助とは器械出しを指します（外回りなどは含みません）。

JNTEC の受講経験	☐	有	☐	無	JPTEC の受講経験	☐ 有	☐ 無
SSTT(標準コース)の受講経験	☐	有	☐	無	※SSTT 座学コースのみ受講済の場合は、「無」にチェックをしてください。		
手術介助（器械出し）の経験	延べ　　年　　ヶ月						

他学会の資格等		

自己PR	