

受験番号

※地区事務所記入

受験願書

令和4年度採用 看護職員採用候補者選考

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------|---|
| 職種 | 看護師・助産師・保健師 | 令和 年 月 日現在 | <p>写真を貼る位置</p> <ul style="list-style-type: none"> 縦36~40mm 横24~30mm 本人単身胸から上 裏面に氏名記入 裏面にのりつけ |
| 氏名 | ふりがな | 性別 | |
| | | 男・女 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | 歳(令和4年4月1日現在) | |
| 現住所 | ふりがな | 〒 | |
| 受験票 送付先 | ふりがな | 〒 | ※現住所と異なる方のみ記入下さい |
| 試験結果 送付先 | <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 受験票送付先 | | |
| 連絡先 | 携帯番号 (- - -) 電話番号 (- - -) E-mail : @ | | |
| 資格・免許 (医療・福祉 関係) | ◎看護師免許 | 年 月 | <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 見込 |
| | ◎助産師免許 | 年 月 | <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 見込 |
| | ◎保健師免許 | 年 月 | <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 見込 |
| | ◎准看護師免許 | 年 月 | <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 見込 |
| | | 年 月 | |
| 学歴(高等学校以上、大学等については学部・学科も記入) | | 在学(予定)期間 | |
| | | 年 月 ~ 年 月 | 卒業・中退・卒業見込 |
| | | 年 月 ~ 年 月 | 卒業・中退・卒業見込 |
| | | 年 月 ~ 年 月 | 卒業・中退・卒業見込 |
| | | 年 月 ~ 年 月 | 卒業・中退・卒業見込 |
| 在職期間 | | 在職期間 | 職歴(勤務先名称) |
| 自: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 | |
| 至: 年 月 日 | | 至: 年 月 日 | |
| 自: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 | |
| 至: 年 月 日 | | 至: 年 月 日 | |
| 自: 年 月 日 | | 自: 年 月 日 | |
| 至: 年 月 日 | | 至: 年 月 日 | |

| | | |
|------------|-----------------|---------------------|
| 配偶者 有・無 | 配偶者の扶養義務 有・無 | 扶養家族数 (配偶者を除く) 人 |
|------------|-----------------|---------------------|

氏名

勤務を希望する病院について

| | | |
|---|--|---------------|
| 第1希望 | | 【第1希望病院の志望動機】 |
| 第2希望 | | |
| 第3希望 | | |
| 第1～第3希望までの病院に内定とならなかった場合、他の病院での採用を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | |

記入上の注意 1：鉛筆以外の黒の筆記具で記入。

2：数字はアラビア数字で、文字はくずさず自筆で正確に書く。