

受験希望日	<input type="checkbox"/> 第1回 6月17日(土)	<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日() ※指定された日付を記入してください。
-------	--	--

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真

(30 mm×40 mm)

写真撮影年月日と氏名を写真裏面に記入してください。(過去3ヶ月以内の写真を使用してください。)

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別 〔任意〕	
氏 名			
生年月日	S・H 年 月 日生()歳		
現住所	〒(-) ※アパート・マンション等の名称も明記ください		
受験票・試験結果の送付先	〒(-) ※現住所と異なる方のみ明記ください		
連絡先	電話番号(- -) 携帯番号(- -) E-mail ()		

希望採用コース 希望職種	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・看護師	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・助産師
	<input type="checkbox"/> 慢性期－急性期看護職員採用コース・看護師	

一般採用コース勤務希望病院		
1.	2.	3.
慢性期－急性期看護職員採用コース勤務希望病院		
慢性期希望病院		急性期希望病院
進学予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 大学編入 <input type="checkbox"/> その他()

学 歴	学校名(高等学校卒業から記入)	入学年月～卒業年月 ※和暦	該当事項に○
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込
		年 月～年 月	卒業・卒業見込

職 歴	在職期間 ※和暦	勤務先名称(職種・主な所属科)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)
	年 月～年 月	(.)

資格・免許 (医療・福祉関係)	◎看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎准看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録(S・H・R 年 月 日 登録)

〔任意〕扶養親族(配偶者を除く) _____名 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄