

受験日		<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 ()		

<input type="checkbox"/> 一般採用コース ※追加試験時は、第1希望病院のみ記載してください	<input type="checkbox"/> 看護師 第1希望病院	<input type="checkbox"/> 助産師 第2希望病院	第3希望病院
<input type="checkbox"/> 慢性期－急性期コース(看護師) ※統一試験時のみ選択可能	慢性期希望病院 (1・2年目) <input type="checkbox"/> 帯広病院 (北海道) <input type="checkbox"/> あきた病院 (秋田県) <input type="checkbox"/> 米沢病院 (山形県)	急性期希望病院 (3年目) <input type="checkbox"/> 北海道がんセンター (北海道) <input type="checkbox"/> 北海道医療センター (北海道) <input type="checkbox"/> 弘前総合医療センター (青森県) <input type="checkbox"/> 仙台医療センター (宮城県)	
進学予定の有無	<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)	修業年限	入学年月～卒業年月 ※和暦	該当事項に○
				年 月～年 月
			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	(.)	

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 有 無 配偶者の扶養義務 有 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