

試験日	<input type="checkbox"/> 統一試験 A日程 令和8年5月16日(土)	<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日 ( ) ※指定された日時を記入してください
-----	---	--

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真

( 30mm × 40mm )  
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。)

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 ( - - ) Email ( )		

希 望 職 種	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師	
希 望 病 院 ※追加試験の場合は、 第1希望病院のみ記載	第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院
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	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	( . )		
(医療・資格・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