

整理番号 ※

国立病院機構(関東信越ブロック)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

・上半身脱帽半身
・6月以内に撮影したもの

| | | |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| 受験職種 | 1. 助産師 2. 看護師 (希望職種に○) | |
| ふりがな | | 男 女 |
| 氏 名 | | 印 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (満 歳) | |
| 現住所 | (〒 -) | 連絡先電話番号 (自宅) (携帯) |
| その他 連絡先 | (〒 -) | その他連絡先 (電話) |
| 《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》 | | |

【免許・資格】

| 年 月 日 | 免許又は資格等 | 年 月 日 | 免許又は資格等 |
|-------|---------|-------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【学 歴】

| 年 月 日 | 学 歴 (卒業学校名・学部・学科等 [高等学校卒業後から記入]) |
|-------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

【職 歴】

| 就職年月日 | 退職年月日 | 職 歴 (勤 務 先 名 称、勤 務 場 所 等) |
|-------|-------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください

受験施設 ※

整理番号 ※

国立病院機構(関東信越ブロック)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

- ・上半身脱帽単身
- ・6月以内に撮影したもの

| | | |
|--------|---|--|
| 受験職種 | 1. 助産師 <input type="radio"/> 2. 看護師 <input checked="" type="radio"/> (希望職種に○) | |
| ふりがな | かんとう なはこ | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> |
| 氏名 | 関東 花子 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 元年 2 月 1 日 (満 22 歳) | |
| 現住所 | (〒152-0000) | 連絡先電話番号 |
| | 東京都〇〇区〇〇〇〇〇 | (自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| その他連絡先 | (〒810-0000) | その他連絡先 |
| | 福岡県〇〇市〇〇〇〇〇 <small>《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》</small> | (電話) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

【免許・資格】

| 取得年月 | 免許又は資格等 | 取得年月 | 免許又は資格等 |
|--------|---------|------|---------|
| H 21 3 | 看護師免許 | | |
| | | | |
| | | | |

【学 歴】

| 年 月 | 学 歴 (卒業学校名・学部・学科等 [高等学校卒業後から記入]) |
|--------|----------------------------------|
| H 18 3 | 埼玉県立〇〇高等学校 普通科 卒業 |
| H 18 4 | 〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 入学 |
| H 21 3 | 〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 卒業 |
| | |

【職 歴】

| 就職年月日 | 退職年月日 | 職 歴 (勤務勤先名称、勤務場所等) |
|---------|-------|--------------------|
| H21 4 1 | | 〇〇病院 〇〇病棟勤務 |
| | | |
| | | |

【九州会場で受験を希望される方：第1希望病院以外の会場における受験希望】

- 九州会場 (福 岡) : 平成23年8月20日 (土)
- 九州会場 (鹿児島) : 平成23年8月20日 (土)
- 九州会場 (宮 崎) : 平成23年8月20日 (土) ※希望する会場に○を付してください。

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください

受験施設 ※

受 験 願 書 記 載 要 領

受験を希望する方は、下記の事項に注意し受験願書に誤りが無いように記載してください。

| 項 目 | 記載要領 |
|---------|--|
| 整 理 番 号 | ・ 記入しないこと。 |
| 受 験 職 種 | ・ 採用希望する職種の番号に○を付してください。 |
| 氏 名 | ・ ふりがなを必ず記載してください。 |
| 生 年 月 日 | ・ アラビア数字で記載してください。 ・ 年齢は願書提出時の年齢を記載してください。 |
| 性 別 | ・ ○を付してください。 |
| 現 住 所 | ・ 合否等を連絡する場合の、郵便番号、住所、電話番号を記載してください。 (連絡がとれる電話番号を記載してください。) |
| その他の連絡先 | ・ 上記以外に連絡先があれば記載してください。 |
| 免 許 資 格 | ・ 医療に関係のある資格・免許（准看護師免許等）を記載してください。 |
| 学 歴 | ・ 高等学校以上の学歴を記載してください。 ・ 大学等の場合は学部・学科も記載してください。 ※学校名は正式な学校名を記載してください。 |
| 職 歴 | ・ 職歴のある方は記載してください。 |