

令和3年度 地方独立行政法人奈良県立病院機構 看護師・助産師採用試験

受験申込書

記入日 年 月 日

受験番号	※
------	---

**写真貼付**  
 ○上半身、正面、脱帽  
 ○3ヶ月以内に撮影されたもの  
 ○写真裏面に氏名と受験職種を記入  
 ○縦4cm×横3cm

ふりがな			受験職種	受験日程	
氏名			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	(満 歳)	性別	
現住所	〒 -				
*都道府県から	電話番号	- -	緊急連絡先(携帯など)		- -
	メールアドレス				
結果通知連絡先	〒 -				
	電話番号	- -	緊急連絡先(携帯など)		- -
* 現住所以外に、採用試験についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。					

学歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	大学	年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
高校	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
高校以後	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退

職歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	職	年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
歴	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
職	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	年 月 ~ 年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )

\* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

賞 罰	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 月	

運転免許	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
種類 ( ) 区分 ( 種 )	年 月 取得

受験職種に該当する免許	
看護師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
助産師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
保健師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
准看護師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込

その他の免許・資格	
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得

\* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

受験  
番号 ※

## 志望動機


## 自己PR


## 就職活動等の状況 (合否には影響しませんので、率直にお答えください。)

進学 との併願	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合はその内容	
他の就職先 との併願	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →有の場合はその内容	

## 勤務についての希望 (あなたが採用された場合の参考にするものですが、必ず希望どおりになるとは限りません。)

希望する 勤務地	<input type="checkbox"/> 奈良県総合医療センター <input type="checkbox"/> 奈良県総合リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 奈良県西和医療センター <input type="checkbox"/> どこでも良い
希望する 業務内容	
その他、勤務について 配慮を希望することなど	

確認書 (内容を確認のうえ、欄にチェックし、署名してください。自署に限ります。)

<input type="checkbox"/> 私は「試験案内」をよく読み、自分が受験資格を満たしていることを確認しました。	
<input type="checkbox"/> この受験申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。	
<input type="checkbox"/> 受験申込書に虚偽があった場合は、受験を取り消されても異議ありません。	(署名) _____

## 《記入上の注意》

- ・様式は変更しないでください。
- ・パソコン等による入力可能。(ただし「確認書」欄は必ず自署してください。)
- ・自筆の場合は黒のインク又はボールペンで枠内に入るように記入してください。
- ・太枠内の各項目のすべてに具体的かつ簡潔に、不備のないように記入し、該当する欄にレ印をつけてください。
- ・※欄は記載しないでください。
- ・この受験申込書の記載内容は、採用試験に関する資料として活用し、それ以外の目的には一切使用しません。