

令和7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
氏名					<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師
試験区分	<input type="checkbox"/> 9月(新卒向け)		<input type="checkbox"/> 9月(既卒向け)		
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 (高校以後)	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	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				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～ 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				<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～ 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
	年 月			
～ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
～ 年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
～ 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 有・無

年 月

運転免許 有・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

*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。

