

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

※

ふりがな					受験職種	
氏 名					☐ 看護師 ☐ 助産師	
試験区分	1 月					
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日生	(満 歳)	性別
現住所	〒 -					
	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			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退
	年 月			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退
	年 月			☐ 卒業・修了見込
	～ 年 月			☐ 卒業・修了 ☐ 中退

職 歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他
	～ 年 月			()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他
	～ 年 月			()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他
	～ 年 月			()
	年 月			☐ 正職員 ☐ その他
～ 年 月			()	
* 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	

受験職種に該当する免許			
看護師免許	年 月	☐ 取得 ☐ 見込	
助産師免許	年 月	☐ 取得 ☐ 見込	
保健師免許	年 月	☐ 取得 ☐ 見込	
准看護師免許	年 月	☐ 取得 ☐ 見込	

運転免許	☐ 有・ ☐ 無
種類 () 区分 (種)	年 月 取得

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	☐ 有 ☐ 無 →有の場合はその内容	
他の就職先 との併願	☐ 有 ☐ 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 業務内容	
その他、勤務について 配慮を希望することなど	

第二次試験日についての希望（※複数日の記載をお願いします。）

希望する試験日	☐ 1月29日 ☐ 1月30日 ☐ 1月31日
---------	--

確認書 内容を確認のうえ、□欄にチェックしてください。

☐ 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。
☐ 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。
☐ 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。

《記入上の注意》

- ・様式は変更しないでください。
- ・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。