

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真

(30 mm×40 mm)
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。)

令和 年 月 日現在

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 (- -) E-mail ()		

希望採用コース 希望職種	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・看護師	<input type="checkbox"/> 一般採用コース・助産師
	<input type="checkbox"/> 慢性期－急性期看護職員採用コース・看護師	

一般採用コース勤務希望病院		
1.	2.	3.
慢性期－急性期看護職員採用コース勤務希望病院		
慢性期希望病院		急性期希望病院
進学予定	<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)	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
		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	(.)
	年 月～年 月	(.)

資格・免許 (医療・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

受験願書記載要領

下記の事項に注意し「黒か青」色の油性のサインペンまたはボールペンにて記載してください。

◎受験を希望日について[第1回]か[第2回]のどちらかを選択し、チェック☑してください

◎楷書で記載してください
◎必ず、フリガナを記載してください

◎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。

◎希望する採用コースと職種をチェックしてください

◎北海道東北グループ内20病院の中から希望病院を選択ください。第1病院以外での採用を希望されない場合は無記入でかまいません。

◎対象病院の中から希望病院を選択してください

◎高等学校以上の学歴について、正式な学校名にて記載してください
◎学部および学科も記載してください

◎職歴のある方は勤務先名称・職種・主な所属科について記載してください

◎扶養家族と配偶者の有無について記載してください【任意回答】

受験希望日 第1回 6月17日(土) 第2回 8月5日(土) 追加試験 月 日 ()

※指定された日付を記入してください

受験番号 ※病院で記載

願 書

令和 年 月 日現在

フリガナ _____

氏 名 _____

生年月日 S・H 年 月 日 生 () 歳

現住所 _____

受検票・試験結果の送付先 _____

連絡先 電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)
E-mail ()

性別
(任意)

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。)

希望採用コース 希望職種

一般採用コース・看護師 一般採用コース・助産師

慢性期-急性期看護職員採用コース・看護師

一般採用コース勤務希望病院

1. _____ 2. _____ 3. _____

慢性期-急性期看護職員採用コース勤務希望病院

慢性期希望病院 _____ 急性期希望病院 _____

進学予定 有 無 保健師 助産師 大学編入 その他 ()

学 歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	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	()

資格免許

◎看護師免許 取得見込 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

◎助産師免許 取得見込 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

◎看護士免許 取得見込 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

◎ _____ 取得見込 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

◎ _____ 取得見込 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 有 無 配偶者の扶養義務 有 無

独立行政法人国立病院機構 北海道東北グループ

◎性別を記載してください。【任意回答】

◎合否等を連絡する住所になります。アパート・マンション名まで全て明記してください
※必ず受け取れる住所を記載してください

◎受験票・試験結果の送付先が現住所と異なる方のみ記載してください

◎電話番号は、必ず常時連絡が取れる番号を記載してください
◎連絡が取れるEmailをご記入ください。
※書類の不備や受験日程の変更等、緊急の場合に電話とEmail双方から連絡する場合があります。

◎進学の予定と職種について、該当する☑をチェックしてください

◎該当の資格、免許欄について☑をチェックしてください。登録済みの場合は登録年月日を記載してください。その他、医療に関係のある資格等がある場合は記載してください。

◎裏ページの「志望動機」「看護師・助産師としての自身の目標」「自己PR」についても記載してください

個人情報の取り扱いについて

提出いただく個人情報については、国立病院機構内における看護職員採用試験に関する事及び合格後の採用事務に係る人事情報管理に関する事のみ利用させていただきますのであらかじめご承知おきください。

また、個人情報については、北海道東北グループ及び各病院において万全の管理をいたします。

なお、提出いただいた個人情報に修正の必要が生じた場合には、北海道東北グループまたは各病院までお申し出ください。