

受験希望日 第1回 6月16日(土) 第2回 8月4日(土)

受験番号
※病院で記載

願 書

平成 年 月 日現在

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。)

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 女
氏 名			<input type="checkbox"/> 男
生年月日	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	電 話	市外局番 () -
		携 帯	() -
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	電 話	市外局番 () -

希望職種 看護師 助産師

希望コース 一般採用コース 慢性期-急性期看護職員採用コース

一般採用コース勤務希望病院 (独立行政法人国立病院機構北海道東北グループ21施設の中から選択してください)

1. 2. 3.

慢性期-急性期看護職員採用コース勤務希望病院 (受験願書記載要領の勤務希望病院の中から選択してください)

1年目希望病院 2年目希望病院

上記病院以外の北海道東北グループ内の病院で勤務が可能ですか 可 否

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	該当事項に○
			年 月 日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日	卒業・卒業見込
		年 月 日～ 年 月 日	卒業・卒業見込
		年 月 日～ 年 月 日	卒業・卒業見込
		年 月 日～ 年 月 日	卒業・卒業見込

職 歴	在職期間	勤務先名称 (主な所属科、業務内容)
	年 月 日～ 年 月 日	()
年 月 日～ 年 月 日	()	
年 月 日～ 年 月 日	()	
年 月 日～ 年 月 日	()	
年 月 日～ 年 月 日	()	

免許資格	取得年月	免許・資格 (医療・福祉関係)
	年 月	
	年 月	
	年 月	

志望の動機、これからの看護師・助産師としての目標

※願書は一般採用コースの方は第1希望病院、慢性期-急性期看護職員採用コースの方は1年目希望病院に提出してください。

病院側記入欄