

受験希望日  第1回 6月17日(土)  第2回 8月5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	〒( )	電話	市外局番	( ) -
	※アパート・マンション等の名称も明記ください		携帯	( ) -
受験票・試験結果の送付先	〒( )	電話	市外局番	( ) -
		※現住所と異なる方のみ明記ください		

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	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	( )

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一希望病院、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

# 受験願書記載要領

- 記載の際には、次の筆記用具を使用してください。
  - ①油性のサインペン又は、ボールペン
  - ②色は、黒又は青
- 受験を希望する方は、下記の事項に注意して記載してください。

項目	記載要領
受験希望日	・受験を希望する日を「第1回」か「第2回」のどちらかを選択し、チェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
受験番号	・記入しないでください
氏名	・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
生年月日	・アラビア数字で記載してください
性別	・該当する <input type="checkbox"/> をチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
現住所	・合否等を連絡する住所になりますので、アパート・マンション名まで明記してください ・電話番号は、必ず連絡の取れる番号を記載してください
受験票・試験結果の送付先	・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
希望職種	・就職を希望する職種をチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
希望コース	・希望する採用コースをチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
一般採用コース 勤務希望病院	・「一般採用コース」希望の方は、北海道東北グループ管内施設21病院の中から希望病院を選択ください
慢性期-急性期 看護職員採用コース 勤務希望病院	・「慢性期-急性期看護職員採用コース」希望の方は、1年目、2年目の希望病院を下記の病院から選択してください 1年目：帯広病院、あきた病院、米沢病院 2年目：北海道がんセンター、北海道医療センター、函館病院、弘前病院、仙台医療センター
上記以外の 病院	・一般コースにおいての第1～3希望または慢性期-急性期看護職員採用コースにおいての第1希望以外の北海道東北グループ管内病院での勤務の是非について、該当する <input type="checkbox"/> をチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
進学予定	・進学の予定と職種について、該当する <input type="checkbox"/> をチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください
学歴	・高等学校以上の学歴を記載してください ・学部および学科も記載してください ・学校名は、正式な学校名を記載してください
職歴	・職歴のある方は記載してください
免許資格	・医療に関係のある資格、免許を記載してください
志望動機	・志望動機など、自由に記載してください