

受験番号	
------	--

※地区事務所記入

受験願書

令和4年度採用 看護職員採用候補者選考

写真を貼る位置

- ・縦 36～40 mm
- ・横 24～30 mm
- ・本人単身胸から上
- ・裏面に氏名記入
- ・裏面このりつけ

職種	看護師・助産師・保健師	令和	年	月	日現在		
氏名	ふりがな						
		性別	男・女				
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	歳(令和4年4月1日現在)		
現住所	ふりがな						
	〒						
受験票送付先	ふりがな						
	〒	※現住所と異なる方のみ記入下さい					
試験結果送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 受験票送付先						
連絡先	携帯番号(- -) 電話番号(- -)						
	E-mail: @						
資格・免許 (医療・福祉関係)	◎看護師免許	年	月	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 見込		
	◎助産師免許	年	月	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 見込		
	◎保健師免許	年	月	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 見込		
	◎准看護師免許	年	月	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 見込		
		年	月				
学歴(高等学校以上、大学等については学部・学科も記入)		在学(予定)期間					
		年	月	～	年	月	卒業・中退・卒業見込
		年	月	～	年	月	卒業・中退・卒業見込
		年	月	～	年	月	卒業・中退・卒業見込
		年	月	～	年	月	卒業・中退・卒業見込
在職期間	職歴(勤務先名称)	在職期間	職歴(勤務先名称)				
自: 年 月 日		自: 年 月 日					
至: 年 月 日		至: 年 月 日					
自: 年 月 日		自: 年 月 日					
至: 年 月 日		至: 年 月 日					
自: 年 月 日		自: 年 月 日					
至: 年 月 日		至: 年 月 日					

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数
有・無	有・無	(配偶者を除く) 人

(複写使用可、A4 両面印刷)

独立行政法人地域医療機能推進機構 九州地区事務所

氏名 _____

趣味		特技	
得意科目・分野		自覚している性格	
自己 PR			
学生生活（既卒者は就業経験）を通じて得たこと			

勤務を希望する病院について

第 1 希望		【第 1 希望病院の志望動機】
第 2 希望		
第 3 希望		
第 1 ～ 第 3 希望までの病院に内定とならなかった場合、その他の病院での採用を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

- 記入上の注意
- 1：鉛筆以外の黒の筆記具で記入。
 - 2：数字はアラビア数字で、文字はくずさず自筆で正確に書く。