

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

令和 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	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
希望コース	<input type="checkbox"/> 一般採用コース	<input type="checkbox"/> 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20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	<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	該当事項に○
			年 月～ 年 月
		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	勤務先名称（主な所属科、業務内容）
	年 月～ 年 月	()
年 月～ 年 月	()	
年 月～ 年 月	()	
年 月～ 年 月	()	
年 月～ 年 月	()	

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

志願の動機、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