

受験番号

※地区事務所記入

**受験願書** 令和3年度採用 看護職員採用候補者選考【第1期】

勤務希望 病院名							
職 種	看護師・保健師・助産師	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3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		
	◎保健師免許		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		
	◎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			

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
- ・裏面にこのりづめ

配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	扶養家族数 (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

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			
志望動機			

- 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。