

受験希望日	<input type="checkbox"/> 第1回 6月12日(土)	<input type="checkbox"/> 第2回 7月31日(土)	<input type="checkbox"/> 3回目以降の 追加試験 ※指定された日付を記入してください。	月 日( )
-------	--	--	---	--------

受験番号	※病院で記載
------	--------

# 願 書

令和 年 月 日現在

## 写 真

(30 mm × 40 mm)

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
------	------------------------------	------------------------------

希望採用コース	<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	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 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
--------