

整理番号 ※

国立病院機構(関東信越グループ)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

・上半身脱帽単身
・6月以内に撮影したもの

受験職種	1. 助産師 2. 看護師 (希望職種に○)		
ふりがな 氏名			男女 印
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)		
現住所	(〒 -)	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
その他 連絡先	(〒 -)	その他連絡先 (電話)	
《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》			

【免許・資格】

取得年月	免許又は資格等	取得年月	免許又は資格等

【学 歴】

年 月	学 歴 (卒業学校名・学部・学科等〔高等学校卒業後から記入〕)

【職 歴】

就職年月日	退職年月日	職 歴 (勤 務 勤 先 名 称、勤 務 場 所 等)

【健康の状況】

現 在 の 状 況

【採用コース】

1. 一般コース 2. 経過別(慢性期→急性期)看護コース ※希望するコースに○を付してください。

【第1希望病院で受験される方】 ※希望する試験日に○を付してください。

1. 第1回目 試験日：平成29年7月1日(土) 2. 第2回目 試験日：平成29年7月22日(土)

【九州会場で受験を希望される方：第1希望病院以外の会場における受験希望】

1. 九州会場(福岡)：平成29年7月29日(土) 2. 九州会場(鹿児島)：平成29年7月29日(土)

※希望する会場に○を付してください。

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください

受験施設 ※

採用希望病院票【一般コース用】

※本紙は採用コースで一般コースを選択した場合に記載し、受験願書に必ず添付してください。

※	氏名
---	----

◎採用を希望する病院について、第1希望から第3希望まで、順位を記載してください。

希望 順位	病 院 名【募集職種】	希望 順位	病 院 名【募集職種】
	【茨城県】		【神奈川県】
	水戸医療センター【看】		横浜医療センター【看・助】
	霞ヶ浦医療センター【看・助】		久里浜医療センター【看】
	茨城東病院【看】		箱根病院【看】
	【栃木県】		相模原病院【看・助】
	栃木医療センター【看・助】		神奈川病院【看】
	宇都宮病院【看】		【新潟県】
	【群馬県】		西新潟中央病院【看】
	高崎総合医療センター【看・助】		新潟病院【看】
	沼田病院【看】		さいがた医療センター【看】
	渋川医療センター【看】		【山梨県】
	【埼玉県】		甲府病院【看・助】
	西埼玉中央病院【看・助】		【長野県】
	埼玉病院【看・助】		東長野病院【看】
	東埼玉病院【看】		まつもと医療センター【看】 (松本病院・中信松本病院)
	【千葉県】		信州上田医療センター【看・助】
	千葉医療センター【看・助】		小諸高原病院【看】
	千葉東病院【看】		【他グループ】
	下総精神医療センター【看】		北海道東北グループ ()
	下志津病院【看】		東海北陸グループ ()
	【東京都】		近畿グループ ()
	東京医療センター【看・助】		中国四国グループ ()
	災害医療センター【看】		九州グループ ()
	東京病院【看】		※ () 欄には病院名を記載してください。
	村山医療センター【看】		

宿舎希望の有無	有 ・ 無
---------	-------

採用希望病院票【経過別（慢性期→急性期）看護コース用】

※本紙は採用コースで経過別（慢性期→急性期）看護コースを選択した場合に記載し、受験願書に必ず添付してください。

※	氏名
---	----

◎1年目の採用を希望する病院と2年目の病院について、それぞれ第1希望から第3希望まで、順位を記載してください。

希望 順位	慢性期看護を学べる病院（1年目）
	病 院 名【募集職種】
	【茨城県】
	茨城東病院【看】
	【埼玉県】
	東埼玉病院【看】
	【千葉県】
	千葉東病院【看】
	下総精神医療センター【看】
	下志津病院【看】
	【神奈川県】
	神奈川病院【看】
	【長野県】
	東長野病院【看】

希望 順位	急性期看護を学べる病院（2年目）
	病 院 名【募集職種】
	【茨城県】
	水戸医療センター【看】
	【群馬県】
	高崎総合医療センター【看】
	【神奈川県】
	相模原病院【看】
	【新潟県】
	西新潟中央病院【看】
	【長野県】
	信州上田医療センター【看】

宿舎希望の有無	有 ・ 無
---------	-------

受 験 願 書 記 載 要 領

受験を希望する方は、下記の事項に注意し受験願書に誤りが無いように記載してください。

項 目	記載要領
整 理 番 号	・記入しないこと。
受 験 職 種	・採用希望する職種の番号に○を付してください。
氏 名	・ふりがなを必ず記載してください。
性 別	・○を付してください。
生 年 月 日	・アラビア数字で記載してください。 ・年齢は願書提出時の年齢を記載してください。
現 住 所	・合否等を連絡する場合の、郵便番号、住所、電話番号を記載してください。 (連絡がとれる電話番号を記載してください。)
その他の 連絡先	・上記以外に連絡を希望する場合のみ記載してください。
免 許 資 格	・医療に関係のある資格・免許（准看護師免許等）を記載してください。
学 歴	・高等学校以上の学歴を記載してください。 ・大学等の場合は学部・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	・職歴のある方は全て記載してください。
健康の状況	・現在の健康状況を記載してください。 ※治療中の場合は疾患名等を記載してください。
採用コース	・希望する採用コースの番号に○を付してください。
第1希望 病院で受験 希望	・第1希望病院で受験を希望する方で、希望する試験日に「○」を付してください。
九州会場で 受験希望	・第1希望病院以外で、九州地区での受験を希望する方は、希望する会場に「○」を付してください。

国立病院機構(関東信越グループ)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

- ・上半身脱帽半身
- ・6月以内に撮影したもの

受験職種	1. 助産師 (2) 看護師 (希望職種に○)	
ふりがな	かんとう はなこ	男 (女)
氏名	関東 花子	
生年月日	昭和・平成 4 年 6 月 1 日 (満 24 歳)	
現住所	(〒152-0000) 東京都〇〇区〇〇〇〇〇	連絡先電話番号 (自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
その他 連絡先	(〒810-0000) 福岡県〇〇市〇〇〇〇〇 《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》	その他連絡先 (電話) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【免許・資格】

取得年月	免許又は資格等	取得年月	免許又は資格等
H28 4	看護師免許		

【学 歴】

年 月	学 歴 (卒業学校名・学部・学科等〔高等学校卒業後から記入〕)
H24 3	埼玉県立〇〇高等学校 普通科 卒業
H25 4	〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 入学
H28 3	〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 卒業

【職 歴】

就職年月日	退職年月日	職 歴 (勤 務 勤 先 名 称、勤 務 場 所 等)
H24 4 1	H25 3 31	〇〇会社 〇〇職勤務
H28 4 1		〇〇病院 〇〇病棟勤務

【健康の状況】

現 在 の 状 況
良 好

【採用コース】

1. 一般コース 2. 経過別(慢性期→急性期)看護コース ※希望するコースに○を付してください。

【第1希望病院で受験される方】 ※希望する試験日に○を付してください。

1. 第1回目 試験日 平成29年7月1日(土) 2. 第2回目 試験日:平成29年7月22日(土)

【九州会場で受験を希望される方:第1希望病院以外の会場における受験希望】

1. 九州会場(福岡) 平成29年7月29日(土) 2. 九州会場(鹿児島):平成29年7月29日(土)

※希望する会場に○を付してください。

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください