

採用試験申込書

令和5年度採用 国立病院機構九州グループ看護職員

受験番号

※受験番号は記入不要です

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
				歳 (令和5年4月1日時点)
現住所	〒 - ※アパート・マンション等の名称も明記ください。			
案内通知及び試験結果送付先	〒 - ※現住所と同様の場合は同上と明記ください。			
連絡先	電話番号 (- -)	携帯電話 (- -)		
	E-mail (@)			
資格・免許 (医療・福祉関係)	◎看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎准看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	(S・H・R 年 月 日 登録)
	◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	(S・H・R 年 月 日 登録)
学歴	学校名(高等学校卒業以上)		入学年月	～ 卒業年月
			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
職歴	勤務先名称 (職種)		在職期間	
	()		年 月 日	～ 年 月 日
	()		年 月 日	～ 年 月 日
	()		年 月 日	～ 年 月 日
	()		年 月 日	～ 年 月 日
扶養親族(配偶者を除く) _____ 名 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

写真貼付

3ヶ月以内に
撮影されたもの
(正面上半身・
無背景)

採用を希望する病院について

希望病院	【病院名】	【志望動機】

※記入漏れや記入誤りがないか、もう一度確認してください。