

令和4年度採用 愛知県職員(看護師)採用選考申込書

受験番号						・受験番号の記入は不要です。 ・個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。		
(フリガナ) 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
(フリガナ) 現住所	〒 _____					写真添付欄 (脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)		
	電話	左記以外の電話番号						
	メールアドレス(アドレスがある場合のみ記入してください。)							
(フリガナ) 連絡先 (帰省地等)	〒 _____							
	電話							
看護師免許の有無	免許の有無:有(昭和・平成・令和 年 月 取得) 無(令和4年3月取得見込)							
学 歴	学校名	学部学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間	修学区分			
	現在(最終)			昭和・平成・令和 年 月～ 昭和・平成・令和 年 月	卒・卒見 在・中退			
	その前			昭和・平成・令和 年 月～ 昭和・平成・令和 年 月	卒・卒見 在・中退			
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間				
	現在(最終)			昭和・平成・令和 年 月～ 昭和・平成・令和 年 月				
	その前			昭和・平成・令和 年 月～ 昭和・平成・令和 年 月				
	その前			昭和・平成・令和 年 月～ 昭和・平成・令和 年 月				
愛知県職員と併願の優先順位	病院名等							
	第一希望						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第二希望						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第三希望						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第四希望						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
配属希望	県立病院のうち配属希望を第1希望から第3希望まで記入してください。							
	第1希望	第2希望	第3希望					

資格・免許 (看護師免許以外)	普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	趣味・特技	
長 所		短 所	
健康状態	<input type="checkbox"/> 極めて健康 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 ()		
持病 既往症等	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合)) <input type="checkbox"/> 無 ()	身体上の 特記事項	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合)) <input type="checkbox"/> 無 ()
その他の特記事項 (看護業務に関するもの)	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合 例:〇〇のため、××業務の軽減を希望 薬物アレルギー) <input type="checkbox"/> 無 ()		
志望理由			
* 希望選考 希望する選考日を選択し、「希望日」欄に○をつけてください。 どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に○をつけてください。			
選考日		希望日	
令和3年5月15日(土)			
令和3年5月16日(日)			
どちらでもよい			

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容に相違はありません。

令和 3年 月 日

署名(自筆)

記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)

記入例

令和4年度採用 愛知県立病院等職員(看護師)採用選考申込書

申込書(1)

受験番号 0000XXXX

氏名 昭和(平成) 11年11月22日 性 男 別 女

生年月日 昭和(平成) 11年11月22日 満22歳

写真添付欄 (除頭、正面向)

〒460-8501 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

電話 052-954-6314 左記以外の電話番号 090-0000-XXXX

携帯電話番号 090-0000-XXXX

看護師免許の有無 免許の有無: 有(昭和・平成) 無(令和4年3月取得見込)

現在(最終)	学都学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間	修学区分
△△△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区〇〇町	昭和(平成)令和 30年4月~令和 31年3月	卒(卒業)
その前	普通科	名古屋市中区△△町	昭和(平成)令和 27年4月~令和 30年3月	卒(卒業)
勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間	
その前		昭和(平成)令和 年 月 年 月		
その前		昭和(平成)令和 年 月 年 月		
その前		昭和(平成)令和 年 月 年 月		
その前		昭和(平成)令和 年 月 年 月		

病院名等

第一希望	△△△△大学付属病院	<input type="checkbox"/> 合格
		<input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち
		<input type="checkbox"/> 今後受験
第二希望	愛知県立病院	<input type="checkbox"/> 合格
		<input type="checkbox"/> 結果待ち
		<input type="checkbox"/> 今後受験
第三希望	X X 市民病院	<input type="checkbox"/> 合格
		<input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち
		<input type="checkbox"/> 今後受験
第四希望		<input type="checkbox"/> 合格
		<input type="checkbox"/> 結果待ち
		<input type="checkbox"/> 今後受験

県立病院のうち配属希望を第1希望から第3希望まで記入してください。

第1希望 がんセンター 医療教育総合センター

第2希望 医療教育総合センター

第3希望 あいち小児保健医療総合センター

申込書(2)

資格・免許 (普通自動車運転免許以外)	普通自動車運転免許 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	趣味・特技	スポーツ観戦、読書
長所	所粘り強く最後まであきらめずに取り組むこと。短所 思慮深くない部分がある。	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 極めて健康 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> やや不安あり <input type="checkbox"/> 病氣療養中 []
健康状態	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)	持病	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)
既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)	身体上の特記事項	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)
その他の特記事項(看護業務に關するもの)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) 例:〇〇のため、X X業務の軽減を希望 薬物アレルギー	志望理由	必ず記入してください
希望する選考日を選択し、「希望日」欄に〇をつけてください。どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に〇をつけてください。	希望日	希望日	どちらでもよい場合は、「どちらでもよい」の欄に〇を付けてください。
希望日	令和3年5月15日(土)	希望日	
希望日	令和3年5月16日(日)	希望日	
希望日	どちらでもよい	希望日	

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容に相違はありません。

令和 3年 月 日 署名(自筆) 〇〇 X X

※※申込書(1)申込書(2)をそれぞれA4用紙に自筆で記入し、合わせて提出してください。

記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県立病院等職員採用選考事務グループ)