

令和4年度採用 愛知県職員(助産師)採用選考申込書

|                        |                                     |       |  |  |   |   |  |
|------------------------|-------------------------------------|-------|--|--|---|---|--|
| 受験番号                   |                                     |       |  |  |   | ・受験番号の記入は不要です。<br>・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)<br>氏名           |                                     |       | 生年月日<br>昭和・平成 年 月 日<br>(来年4月1日の年齢) 満 歳 | 性別<br><input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 写真添付欄<br>(脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)  |   |  |
| (フリガナ)<br>現住所          | 〒 _____                             |       |  |  |   |   |  |
| 電話                     |                                     |       | 左記以外の電話番号                              |  |   |   |  |
| 連絡先<br>(帰省地等)          | 〒 _____                             |       |  |  |   | 電話 _____<br>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。) _____ |  |
| 助産師免許の有無               | 免許の有無 有(昭和・平成・令和 年取得) 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<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            | 卒・卒見<br>在・中退  |   |  |
|                        | その前                                 |       |  | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            | 卒・卒見<br>在・中退  |   |  |
| 職 歴<br>(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<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            |   |   |  |
|                        | その前                                 |       |  | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            |   |   |  |
|                        | その前                                 |       |  | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            |   |   |  |
|                        | その前                                 |       |  | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            |   |   |  |
|                        | その前                                 |       |  | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>昭和・平成・令和<br>年 月                            |   |   |  |
| 併 願<br>の<br>優 先<br>順 位 | 病院名等                                |       |  |  |   |   |  |
|                        | 第一希望                                |       |  |  | <input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 結果待ち<br><input type="checkbox"/> 今後受験 |   |  |
|                        | 第二希望                                |       |  |  | <input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 結果待ち<br><input type="checkbox"/> 今後受験 |   |  |
|                        | 第三希望                                |       |  |  | <input type="checkbox"/> 合格<br><input type="checkbox"/> 結果待ち<br><input type="checkbox"/> 今後受験 |   |  |

|  |  |              |   |
|--|--|--------------|---|
| 資格・免許<br>(看護師免許以外)   | 普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(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<br>既往症等   | <input type="checkbox"/> 有 (有の場合) )<br><input type="checkbox"/> 無 ( )  | 身体上の<br>特記事項 | <input type="checkbox"/> 有 (有の場合) )<br><input type="checkbox"/> 無 ( ) |
| その他の特記事項<br>(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 )<br><input type="checkbox"/> 無 ( )                                    |              |   |
| 志望理由   |  |              |   |
| <p>* 希望選考回<br/>希望する選考日を1つを選択し、「希望日」欄に○をつけてください。<br/>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。</p> |  |              |   |
| 選考日  |  | 希望日          |   |
| 5月15日(土)   |  |              |   |
| 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

申込書(1)

令和4年度採用 愛知県立病院等職員(助産師)採用選考申込書

受験番号 (7桁) 0000 x x x x

氏名 昭科(平成) 7年11月22日 性 男 写真添付欄 (胸帽、正面向、上半身、6か月以内)

生年 昭科(平成) 7年11月22日 性 男

月 日 別 女

年齢 26歳 (来年4月1日の年齢)

〒460-8501 携帯電話番号など、左記の番号がいずれかの日中連絡が取れる番号にしてください。

〒460-8501 携帯電話番号など、左記の番号がいずれかの日中連絡が取れる番号にしてください。

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-xxxxxx

〒460-8501 携帯電話番号など、左記の番号がいずれかの日中連絡が取れる番号にしてください。

| 学校名    | 学部学科名      | 在学期間                                      | 修学区分                    |
|--------|------------|---|-------------------------|
| 現在(最終) | 助産学専攻科     | 昭和・平成・令和<br>3年4月～<br>昭和・平成(令和)<br>4年3月    | 卒業                      |
| その前    | 医学部看護学科    | 昭和(平成・令和)<br>25年4月～<br>昭和(平成・令和)<br>29年3月 | 卒業                      |
| 現在(最終) | 勤務先(勤務先まで) | 所在地(市区町村名まで)                              | 在職期間                    |
| その前    |            |   | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>年 月 |
| その前    |            |   | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>年 月 |
| その前    |            |   | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>年 月 |
| その前    |            |   | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>年 月 |
| その前    |            |   | 昭和・平成・令和<br>年 月～<br>年 月 |

| 併願の優先順位 | 病院名等            |
|---------|-----------------|
| 第一希望    | △△△大学附属病院       |
| 第二希望    | あいち小児保健医療総合センター |
| 第三希望    | x x 市民病院        |

申込書(2)

|                  |  |       |  |
|------------------|--|-------|--|
| 資格・免許 (看護師免許以外)  | 普通自動車運転免許 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) | 趣味・特技 | スポーツ観賞、読書  |
| 長所               | 粘り強く最後まであきらめずに取り組むこと、短所  | 健康    | 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 病気にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> |
| 健康状態             | 病状 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無  | 健康    | 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 病気にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> |
| 既往症              | 病状 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無  | 健康    | 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 病気にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> |
| その他の特記事項(関係するもの) | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>   | 健康    | 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 病気にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> |
| 志望理由             | 必ず記入してください   |       |  |

どちらでもよい場合は、「どちらでもよい」の欄に○を付けてください。

\*希望試験回  
希望する試験区分(第1回・第2回)1つを選択し、「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 |
| 5月15日(土) | ○   |
| 5月16日(日) |     |
| どちらでもよい  |     |

私は募集案内に掲げてい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) ○ ○ x x

必ず自筆で署名することを  
忘れないでください。

※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。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)