

2024(令和6)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	年 月 日 <small>(来年4月1日の年齢)満 歳</small>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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)
(フリガナ) 現住所	〒 _____					
	電話	左記以外の電話番号				
連絡先 (帰省地等)	〒 _____					
	電話					
看護師免許の有無	免許の有無:有(_____ 年 月 取得) 無(2024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)			年 月~ 年 月	卒・卒見 在・中退	
	その前			年 月~ 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)			年 月~ 年 月		
	その前			年 月~ 年 月		
	その前			年 月~ 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"/> 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	
5月13日(土)			
5月14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。

2023 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)

申込書(2)

2024(令和6)年度採用 愛知県立病院等職員(看護師)採用選考申込書

受験番号	<input type="checkbox"/> 受験番号の記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇 × × × ×	生年月日	2001年 11月22日 <small>(来年4月1日の年齢) 満22歳</small>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
(フリガナ) 現住所	〒460-8501 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号				
連絡先(帰省地等)	電話 052-954-6314 左記以外の電話番号 090-〇〇〇〇-××××				
看護師免許の有無	免許の有無: 有(年 月 取得) 無(2024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) △△△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区〇〇町	2020年 4月~ 2024年 3月	卒 <input checked="" type="checkbox"/> 卒見 在・中退
	その前 〇〇△△高等学校	普通科	名古屋市中区△△町	2017年 4月~ 2020年 3月	<input checked="" type="checkbox"/> 卒 卒見 在・中退
職 歴 <small>(ある場合に記入)</small>	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)			年 月~ 年 月	
	その前			年 月~ 年 月	
	その前			年 月~ 年 月	
愛知県立病院と併願の優先順位	病院名等				
	第一希望	△△△△大学附属病院		<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	××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	
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		
	がんセンター	医療療育総合センター	あいち小児保健医療総合センター		

資格・免許 <small>(看護師免許以外)</small>	普通自動車運転免許 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>(交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)</small>	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	やや消極的なところがある。 思慮深くない部分がある。
健康状態	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 無	身体上の特記事項	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 無
その他の特記事項 <small>(看護業務に関するもの)</small>	<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 checked="" type="checkbox"/> 無		
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○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13日(土)		○	
5月14日(日)			
どちらでもよい			

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。

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。

2023 年 月 日

署名(自筆)

〇〇 × ×

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)