

2024(令和6)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。 ・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	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								
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(_____ 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				
	その前			年 月～ 年 月				
	その前			年 月～ 年 月				
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	

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			
*希望選考回 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。 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)

2024(令和6)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 ・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) 〇〇〇〇 × × × ×
 氏名 〇〇 × × 生年月日 1996年 11月 22日 性別 男 女
 (来年4月1日の年齢) 満27歳 写真添付欄 (脱帽、正面向、上半身、6か月以内)

(フリガナ) 〒460-8501
 現住所 アイゲンナゴヤシカクサンマル 3チョウメ1ハン2ゴウ 携帯電話など、左記の番号かいずれかで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 090-〇〇〇〇-××××

連絡先(帰省地等) 〒 電話

助産師免許の有無 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) △△△△専門学校	助産学専攻科	名古屋市中区〇〇町	2023年 4月~ 2024年 3月	卒・卒見 在・中退
その前 〇〇△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区△△町	2014年 4月~ 2018年 3月	卒・卒見 在・中退

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) 〇〇△△大学病院	看護業務	名古屋市中区△△町	2018年 4月~ 2023年 3月
その前			年 月~ 年 月
その前			年 月~ 年 月
その前			年 月~ 年 月
その前			年 月~ 年 月
その前			年 月~ 年 月

併願の優先順位	病院名等	<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験
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	あいち小児保健医療総合センター	<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

資格・免許(看護師免許以外) 普通自動車運転免許 有 無 (交通違反・事故 有 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 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 健康 健康にやや不安あり 病気療養中 ()

持病 有 (有の場合) 身体上の特記事項 有 (有の場合)
 既往症等 無 () 無 ()

その他の特記事項(看護業務に関するもの) 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) 無 ()

志望理由 **必ず記入してください**

*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。どちらもよい場合は「どちらもよい」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)	
どちらもよい	

どちらでもよい場合は、「どちらもよい」の欄に○をつけてください。

※※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。

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。

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)