

2025(令和7)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	(性別) 任意別	<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						
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(2025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	
自覚している 性 格			
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11日(土)			
5月12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。

2024 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)

2025(令和7)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 × × × ×

・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	〇〇〇〇 × × × ×	生年月日	2002年 11月22日 <small>(末年4月1日の年齢) 満22歳</small>	任意性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	写真添付欄 <small>(脱帽 正面向)</small>	
(フリガナ) 現住所	〒460-8501 アイチケンコヤシナカサンマル 3チヨメ1ハン2コウ 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 <small>(帰省地等)</small>	T -	電話				
看護師免許の有無	免許の有無: 有(年 月 取得) (無) 2025年3月取得見込)					
学 歴	現在(最終)	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
		△△△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区〇〇町	2021年 4月~ 2025年 3月	卒 (卒見) 在・中退
	その前	〇〇△△高等学校	普通科	名古屋市中区△△町	2018年 4月~ 2021年 3月	卒 (卒見) 在・中退
職 歴 <small>(ある場合に記入)</small>	現在(最終)	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 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	
愛知県立病院と併願の優先順位	第一希望	病院名等 △△△△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	× × 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			

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。

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。

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
自覚している 性 格	粘り強く最後まであきらめずに取り組むことができる。やや消極的で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 既往症等	<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11日(土)		○	
5月12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。

2024 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)