

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター
助産師・看護師（既卒）採用試験受験申込書①

試験区分：助産師・看護師					受験番号 ※		
フリガナ							
氏 名							
生年月日	西暦	年	月	日生	満 才	性 別	男・女
フリガナ							
現住所 〒				TEL			
フリガナ							
連絡先 〒				TEL			
E-mailアドレス（必須）							

写真
(タテ4.5cm×ヨコ3.5cm)

1 写真を貼って提出してください

2 最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけて貼ってください

学 歴	学校名	学部・学科・ 課程名	所在地	在学期間	卒・卒見 等の区別
	高等学校		市区 町村	西暦 年 西暦 年 月～ 月	卒・中退・ 転校
			市区 町村	西暦 年 西暦 年 月～ 月	卒・中退・ 転校
	最終 (現在)		市区 町村	西暦 年 西暦 年 月～ 月	卒・中退・ 転校・卒見
職 歴	勤務先(部署名まで)	職務内容	勤務 形態	所在地	勤務期間
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦 西暦 年 月～ 年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦 西暦 年 月～ 年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦 西暦 年 月～ 年 月
			正規 ・ 非正規	市区 町村	西暦 西暦 年 月～ 年 月
※職歴欄が不足の場合は、別紙に記入ください。					
免 許 ・ 資 格	名 称	取得年月			
	助産師免許	西暦	年	月	取得 取得見込み
	看護師免許	西暦	年	月	取得 取得見込み
	保健師免許	西暦	年	月	取得 取得見込み
		西暦	年	月	取得 取得見込み

上記のとおり受験を申し込みます。なお、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

年 月 日

氏名（自署）

④あなたの看護に対する考え方を述べてください。

⑤関心のある領域とその理由を述べてください。

⑥趣味・娯楽・特技

⑦地域活動・ボランティア活動
