

# 採用試験申込書

令和4年度採用 国立病院機構九州グループ看護職員

受験番号

※受験番号は記入不要です

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 歳 (令和4年4月1日時点)
受験票送付先	〒 - ※アパート、マンション等の名称も明記ください。			
試験結果送付先	〒 -			
連絡先	電話番号( - - )		携帯電話( - - )	
	E-mail( @ )			
資格・免許 (医療・福祉関係)	<input checked="" type="radio"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)			
	<input checked="" type="radio"/> 助産師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)			
	<input checked="" type="radio"/> 准看護師免許 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)			
	<input checked="" type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)			
	<input checked="" type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)			
学歴	学校名(高等学校卒業以上)		入学年月 ~ 卒業年月	
			年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込
			年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込
			年 月 ~ 年 月	卒業・卒業見込
職歴	勤務先名称 (職種)		在職期間	
	( )		年 月 日 ~ 年 月 日	
	( )		年 月 日 ~ 年 月 日	
	( )		年 月 日 ~ 年 月 日	
	( )		年 月 日 ~ 年 月 日	
扶養親族(配偶者を除く) 名 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 配偶者の扶養義務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

写真貼付  
3ヶ月以内に撮影されたもの  
(正面上半身、無背景)

## 採用を希望する病院について

第1希望	※試験は第1希望の病院で行いますので、試験日程をご確認ください。	【第1希望病院の志望動機】			
第2希望					
第3希望					
上記以外の九州グループ内の病院への採用を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	( <input type="checkbox"/> 福岡県 <input type="checkbox"/> 佐賀県 <input type="checkbox"/> 長崎県 <input type="checkbox"/> 熊本県 <input type="checkbox"/> 大分県 <input type="checkbox"/> 宮崎県 <input type="checkbox"/> 鹿児島県 <input type="checkbox"/> 沖縄県 )			
他グループ(九州以外)の病院への採用を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	( <input type="checkbox"/> 北海道東北グループ <input type="checkbox"/> 関東信越グループ <input type="checkbox"/> 東海北陸グループ <input type="checkbox"/> 近畿グループ <input type="checkbox"/> 中国四国グループ )			

※記入もれや記入誤りがないか、もう1度確認して下さい