

※写真を貼ってください  1 縦 36-40mm 横 24-30mm  2 胸上無背景	試験職種	希望試験会場	氏名
	看護師	試験希望日	(ふりがな)
			性別 (※任意記載)
現住所 〒 -			生年月日
電話番号 自宅・携帯 ( )			年 月 日
現住所以外の連絡先 (帰省先等)			( 歳)
電話番号 自宅・携帯 ( )			

■ 経歴・職歴 (中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入)

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期 (見込)
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 (配偶者除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無	有 ・ 無
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉					

※経歴・職歴欄に書ききれない場合はコピーして記載してください。〈A4サイズ：片面で印刷すること〉

試験職種	希望試験会場	氏名
看護師		(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR

■ 配属先に関する希望について

希望する病院を次の①から⑤までの中から選択し、以下の番号記入欄に第3希望まで記入してください。

① 江 差 病 院 （江差町）	④ 向陽ヶ丘病院 （網走市）
② 羽 幌 病 院 （羽幌町）	⑤ 子ども総合医療・療育センター （札幌市）
③ 緑ヶ丘病院 （音更町）	

番号記入欄→

第1希望	第2希望	第3希望

- ※ 配属を希望する病院の回答が、選考の合否に影響することはありません。
- ※ 採用にあたっては、必ずしも希望する病院に配属とならない場合もあります。
- ※ 合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した病院を辞退した場合は、採用されません。

- 令和5年3月31日までに看護師の資格を取得する見込みの方のみ記入してください  
 「道立病院新人看護師キャリアアッププラン」をご存知ですか  
はい いいえ （いずれかにレを記入）