

試験日	<input type="checkbox"/> 追加試験 令和7年7月6日(日)
-----	---

受験番号	※病院で記載
------	--------

# 願 書

## 写 真

(30mm×40mm)  
写真撮影年月日と氏名  
を写真裏面に記入して  
ください。(過去3ヶ  
月以内の写真を使用し  
てください。)

フリガナ		性別	※任意
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日 生 ( ) 歳		
現住所	〒 ( - )	※アパート・マンション等の名称も明記ください	
受験票・試験結果の送付先	〒 ( - )	※現住所と異なる方のみ明記ください	
連絡先	電話番号 ( - - ) 携帯番号 ( - - ) Email ( )		

希望職種	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師	
希望病院	第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院
※追加試験の場合は、第1希望病院のみ記載			
進学予定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 大学編入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

学 歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	修業年限	入学年月～卒業年月 ※和暦	該当事項に○
				年 月～ 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	在職期間 ※和暦	勤務先名称 (職種・主な所属科)
	年 月～ 年 月	( . )
年 月～ 年 月	( . )	
年 月～ 年 月	( . )	
年 月～ 年 月	( . )	

(医療・福祉関係)資格・免許	◎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)
	◎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)
	◎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 type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)
	◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)

〔任意〕扶養親族(配偶者を除く) \_\_\_\_\_名 配偶者  有  無 配偶者の扶養義務  有  無

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄