

【熊本南病院】第5回採用試験申込書

受験番号

※受験番号は記入不要です

令和6年度採用 国立病院機構九州グループ看護職員

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6年4月1日時点)
現住所	〒 - ※アパート・マンション等の名称も明記ください。			
案内通知及び試験結果送付先	〒 - ※現住所と同様の場合は同上と明記ください。			
連絡先	電話番号 (- -)	携帯電話 (- -)		
	E-mail (@)			
資格・免許 (医療・福祉関係)	◎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)
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
			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
	()		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)

志望動機

--

※記入漏れや記入誤りがないか、もう一度確認してください。

令和6年度採用看護職員募集(熊本南病院)試験申込書の記入要領

◇ 記入に際しては、黒ボールペンを使用し、楷書で丁寧に記入してください。
※鉛筆や、消えるペンは使用不可です。

◇ 訂正が必要な場合は二線で訂正し、訂正した旨がわかるよう訂正印を押印して下さい。

項目	記入要領	チェック
受験番号	・記入不要です	<input type="checkbox"/>
写真	・3ヶ月以内に撮影されたものを貼り付けてください ※正面上半身、無背景	<input type="checkbox"/>
氏名・ふりがな	・戸籍に記載された文字を用い、ふりがなも必ず記入してください	<input type="checkbox"/>
生年月日	・アラビア数字で記入してください ・年齢は、R6. 4. 1現在の年齢を記入してください	<input type="checkbox"/>
現住所	・現在の住所を記入してください	<input type="checkbox"/>
案内通知及び 試験結果送付先	・試験案内や試験結果の合否等を連絡する住所を記入してください ・マンション・アパート名及び号室まで記入してください(該当者のみ)	<input type="checkbox"/>
連絡先	・必ず常時連絡がとれる電話番号等を記入してください ※応募書類に不備がある等、試験事務担当者から連絡をとる場合があります	<input type="checkbox"/>
資格・免許	・該当の資格欄(取得見込・登録)にチェックを入れ、登録(見込)年月を記入してください ※医療に関係のある資格・免許等を記入してください	<input type="checkbox"/>
学歴	・高等学校以上の学歴について記入してください ・学科がある場合は学科まで記入してください ※行が足りない場合は、申込書の裏面または別紙に記入してください	<input type="checkbox"/>
職歴	・勤めていた際の職種についても記入してください ※行が足りない場合は、申込書の裏面または別紙に記入してください	<input type="checkbox"/>
扶養関連	・該当する場合は記入してください ※該当しない場合は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/>
採用を希望する 病院について	・希望病院を記入してください ・志望動機を記入してください	<input type="checkbox"/>