

令和5年度
地方独立行政法人広島市立病院機構職員看護師採用試験申込書

A区分・B区分

(申込書記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。)

ふりがな	性別	男・女	※受験番号
氏名			写真 (タテ5cm×ヨコ4cm) 1 3月以内に撮影した正面、 脱帽、上半身の写真を貼付 2 写真の裏面に名前を記入 3 裏面にのりを付け貼付
生年月日	年齢	満 歳	
昭和・平成 年 月 日生	[申込時ではなく、 令和6年4月1日現在]		
現住所 〒 -	Tel - -	携帯電話 - -	
文書等の送付先 〒 -	Tel - -	携帯電話 - -	

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在 学 期 間	
	最終(現在)				市・区 町・村	昭・平・令 年 月 卒業・卒見・中退 昭・平・令 年 月 入学
その前				市・区 町・村	昭・平 年 月 卒業・卒見・中退 昭・平 年 月 入学	
その前				市・区 町・村	昭・平 年 月 卒業・卒見・中退 昭・平 年 月 入学	

職 歴	勤務先(部課名まで)	職 名	所 在 地	勤 務 期 間
	最終(現在)			
その前				自 昭・平・令 年 月 ~ 至 昭・平・令 年 月
その前				自 昭・平・令 年 月 ~ 至 昭・平・令 年 月
その前				自 昭・平・令 年 月 ~ 至 昭・平・令 年 月
その前				自 昭・平・令 年 月 ~ 至 昭・平・令 年 月

看護師免許等の取得状況		左記以外の免許・資格 *自動車運転免許は除く	
免許の種類	取得(見込)年月 *該当に○をすること	免許・資格の種類	取得(見込)年月 *該当に○をすること
看護師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込
保健師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込
助産師免許	昭・平・令 年 月取得・取得見込		昭・平・令 年 月取得・取得見込

配属希望病院 ※必ず、第三希望まで○をすること

第一希望 広島 安佐 舟入 リハビリ

第二希望 広島 安佐 舟入 リハビリ

第三希望 広島 安佐 舟入 リハビリ

・配属希望勤務先は、採用時の配属を行う際に参考とするもので、実際の配置は職員の欠員状況等により決定します。必ずしも希望に添うものではありません。また、採用後、配置替えをすることがあります。

夜間勤務	可・不可	どちらかに○をすること 不可の場合理由 ()
------	------	----------------------------

合格した場合の勤務開始可能年月	令和 年 月
-----------------	--------

