

# 【西別府病院】第4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7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7年4月1日時点)				
現住所	〒 - ※アパート・マンション				
案内通知及び試験結果送付先	〒 - ※現住所と同様の場				
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 ・	年 月 日 登録)
	◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	( S ・ H ・	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 ・	年 月 日 登録)
	◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	( S ・ H ・	年 月 日 登録)
	◎ _____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録	( S ・ H ・	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
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月
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・

## 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7年度採用看護職員募集（西別府病院）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、R5. 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"/>