

神戸市民病院機構 看護職員採用選考申込書

※受験番号

受験希望日		選考会場都市				
平成 年 月 日		会場				
採用予定日		1. 試験区分		2. 氏名 ふりがな.....		
平成31年4月1日		看護師・助産師		男 女		
3. 生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		5. 現住所 〒() 携帯電話() - ふりがな.....			写真欄 写真の裏面に氏名及び試験区分を記入して下さい。 縦4cm×横3cm	
4. 年齢 (平成31年4月1日現在) 満 歳		6. 帰省地 (現住所と異なる場合のみ) 電話() - 〒() ふりがな.....				
7. 学歴 学 校 名		学部・学科・専攻		所在地(市区町村まで)		在学期間(和暦)
(最終学校名)						年 月から 年 月まで
(その前)						年 月から 年 月まで
(その前)						年 月から 年 月まで
8. 経歴 勤務先名称		部課名	病院の場合 病床数	所 在 地 (市区町村まで)	在職期間 (和暦)	雇用形態
(最近のもの)			床		年 月から 年 月まで	☐ 正 規 ☐ 非正規
(その前)			床		年 月から 年 月まで	☐ 正 規 ☐ 非正規
(その前)			床		年 月から 年 月まで	☐ 正 規 ☐ 非正規
(その前)			床		年 月から 年 月まで	☐ 正 規 ☐ 非正規
9. 看護に関する資格、免許の名称及び取得年月 看護師： 年 月 取得・取得見込 助産師： 年 月 取得・取得見込・無 保健師： 年 月 取得・取得見込・無 その他：			私は応募資格をすべて満たしており、またこの申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。 (本人自署のこと) 平成 年 月 日 氏 名			※受付印

※

※印欄以外はもれなく記入して下さい。
※記入方法等については、裏面をご参照ください。

申込書記入上の注意

1. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄以外の欄はもれなく記入してください。
3. 記入はすべて本人の自筆により、ボールペン又はインクを用い、楷書で丁寧に書いてください。数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入し、性別欄の男女の別、1. 試験区分、3. 生年月日（昭和・平成）については該当するものを○で囲んでください。申込書中の□には該当するものにレ印を記入してください。また、年数は、すべて和暦で記入してください。
4. 選考会場都市欄には、試験会場の市町村名を記入してください。
5. 現住所欄、帰省地欄には市区町村番地等まで詳しく書いてください。また、学校所在地欄、勤務先所在地欄には市区町村まで書いてください。
6. 経歴欄には今までの勤務上の経験を、その一つ一つについて新しいものから順に書いてください。もし記入欄が足りない場合は、適当な用紙を補足してください。自家営業も含みます。就職したことがない場合には斜線を引いて下さい。
7. 申し込み後、記載内容に異動が生じた場合には必ず連絡してください。

面接調書

選考職種 看護師・助産師	(ふりがな) 氏 名		
看護師・助産師という職業を選んだ理由 目指す看護師・助産師像			
神戸市民病院機構（または機構内のいずれかの病院）を希望した理由			
自己PR（長所・短所）			
資格・免許（看護に関するもの以外）及び取得年月日		趣味・特技	
好きなスポーツ・加入した運動クラブ		入寮希望 あり ・ なし ※いずれかに○をしてください	
配属希望 ※希望する病院に順位（1～4）を付けてください ※配属希望度が同程度の病院が複数ある場合は同順位をつけてください ※配属を希望しない病院については×印を記入し、右記にその理由を記入してください	病院名	順位	×印の理由（該当がある場合のみ）
	中 央 市 民 病 院		
	西 市 民 病 院		
	西神戸医療センター		
	神戸アイセンター病院		
併願病院・事業所	あり ・ なし	進学予定	あり ・ なし
併願先名称	状況	進学先名称	状況
当機構の病院見学会、インターンシップへの参加 ※実際に参加された項目があれば○をしてください		【病 院 見 学 会】 中央市民病院・西市民病院・西神戸医療センター 【インターンシップ】 中央市民病院・西市民病院・西神戸医療センター	

※印欄以外はもれなく記入し、申込書と一緒に提出してください。