

中河内救命救急センター 看護職採用選考申込書

(地方独立行政法人 市立東大阪医療センター)

※受付印

職 種	看護師	希望する 選考日	令和 年 月 日	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
受験区分	<input type="checkbox"/> 既 卒 <input type="checkbox"/> 新 卒			
※受験番号 (記入不要)				

年 月 日現在

ふりがな				写真 (縦4.0cm×横 3.0cm) 写真は申込前6ヶ月以 内に撮影した脱帽 ・上半身正面向きのも ので、本人と確認でき るもの。
氏 名				
生年月日	年 月 日 (満 歳)			
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	E-mail	@	
現 住 所	〒 -			
	TEL - - 携帯電話 - - -			
連 絡 先	〒 - (現住所と同じ場合は、記入不要)			
	TEL - -			

年	月	学 歴	所在地 (都道府県)
		高等学校 入学	
		高等学校 卒業	
		職 歴 : 有 ・ 無	
※看護職経験のある方は、別紙病院指定職務経歴書に記入。 一般職経験(非正規・アルバイト含む)のある方は、下欄に記入して下さい。			

- ◎記入上の注意 (片面A4サイズで印刷してください)
- 1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入 (パソコン入力可)
 - 2 □には、該当する箇所に✓を記入
 - 3 学歴欄は、高校から順に記入
 - 4 職歴は、常勤・非常勤 (パート、アルバイト等) 問わず記入
 - 5 ※欄は、記入不要

資格 ・ 免許 (既取得で看護業務に関係のあるもののみ記入)	取得年月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
※下記免許のうち取得見込みのものにチェック願います。	
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
	<input type="checkbox"/> 保健師

自己の特徴について (現在の自分の強み・持ち味・改善点)

あなたの目指す看護師像

当センターを志望した理由

現時点での他病院の応募状況 (採用の評価に影響ありません)
<input type="checkbox"/> 有 (病院名 :) <input type="checkbox"/> 無 (病院名 :)

通勤時間(当センターまで) 約 時間 分	既卒の場合、就職希望月 令和 年 月	備考
-------------------------	-----------------------	----

◎申込上の注意

記入内容に不正があると、合格が取り消されることがありますので、受験資格及び記載事項については事実と相違ないことを確認(誓約)してください。

職務経歴書

年 月 日

氏名：

生年月日： 昭和 年 月 日 (歳)
平成

取得免許	番号	取得年月日
看護師		
助産師		
保健師		
准看護師		
その他(医療資格)		

期間 (年 月～年 月迄)	勤務先 (病床数)	所在地 (都道府県)	部署・業務内容 (科・特徴)	勤務形態 (常勤・非常勤)