

2025(令和7)年度採用 愛知県職員(助産師)採用選考申込書

受験番号						・受験番号の記入は不要です。 ・個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。	
(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日	(任意別)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	写真添付欄 (脱帽、正面向、上半身、6か月以内に撮影したもの)	
(フリガナ) 現住所	〒 _____						
	電話	左記以外の電話番号					
	メールアドレス						
連絡先 (帰省地等)	〒 _____						
	電話						
助産師免許の有無	免許の有無 有(年 月 取得) 無(2025年3月取得見込)						
学 歴	学校名	学部学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間	修学区分		
	現在(最終)			年 月~ 年 月	卒・卒見 在・中退		
	その前			年 月~ 年 月	卒・卒見 在・中退		
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間			
	現在(最終)			年 月~ 年 月			
	その前			年 月~ 年 月			
	その前			年 月~ 年 月			
	その前			年 月~ 年 月			
	その前			年 月~ 年 月			
併願の優先順位	病院名等						
	第一希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験		
	第二希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験		
	第三希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験		

資格・免許 (助産師免許以外)	普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	趣味・特技
自覚している 性 格		
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 ()	
持病 既往症等	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合) <input type="checkbox"/> 無 ()	身体上の 特記事項 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合) <input type="checkbox"/> 無 ()
その他の 特記事項 (看護業務に 関するもの)	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合 例:〇〇のため、××業務の軽減を希望 薬物アレルギー) <input type="checkbox"/> 無 ()	
志望理由		

<p>* 希望選考 希望する選考日を選択し、「希望日」欄に○をつけてください。 どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に○をつけてください。</p>	
選考日	希望日
5月11日(土)	
5月12日(日)	
どちらでもよい	

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容に相違はありません。

2024 年 月 日

署名(自筆) _____

記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)

記入例

申込書(1)

申込書(2)

2025(令和7)年度採用 愛知県立病院等職員(助産師)採用選考申込書

受験番号 × × × ×

・受験番号の記入は不要です。
・個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。

(フリガナ) 氏名	〇〇〇〇 × × × ×	生年月日	1996年 11月 22日 (令和6年4月1日の年齢) 満27歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	写真添付欄 (脱帽、正面向、)
(フリガナ) 現住所	〒460-8501 アイチケンゴヤシナカクサンマル 3チヨウメ1ハン2コウ 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号	電話	052-954-6314	左記以外の電話番号	090-〇〇〇〇-××××
連絡先 (帰省地等)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話	<input type="text"/>		
助産師免許の有無	免許の有無 有(年 月 取得) <u>無(2025年3月取得見込)</u>				
学 歴	学校名	学部学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間	修学区分
	現在(最終) △△△△専門学校	助産学専攻科	名古屋市中区〇〇町	2024年 4月~ 2025年 3月	卒 <u>(卒見)</u> 在・中退
	その前 〇〇△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区△△町	2014年 4月~ 2018年 3月	<u>(卒)</u> 卒見 在・中退
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間	
	現在(最終) 〇〇△△大学病院	看護業務	名古屋市中区△△町	2018年 4月~ 2024年 3月	
	その前			年 月~ 年 月	
	その前			年 月~ 年 月	
	その前			年 月~ 年 月	
	その前			年 月~ 年 月	
併願の優先順位	病院名等				
	第一希望	△△△大学附属病院		<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第二希望	あいち小児保健医療総合センター		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第三希望	××市民病院		<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	

携帯電話など、左記の番号がいずれかで日中連絡が取れる番号にしてください。

資格・免許 (助産師免許以外)	普通自動車運転免許 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	趣味・特技	スポーツ観賞、読書
自覚している 性 格	粘り強く最後まであきらめずに取り組むことができる。やや消極的で思慮深くない部分がある。		
健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中 ()		
持病	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合))	身体上の 特記事項	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合))
既往症等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ()		
その他の 特記事項 (看護業務に 関するもの)	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合 例:〇〇のため、××業務の軽減を希望 薬物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 ()		
志望理由	必ず記入してください		

どちらでもよい場合は、「どちらでもよい」の欄に○を付けてください。

*希望選考
希望する選考日を選択し、「希望日」欄に○をつけてください。
どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に○をつけてください。

選考日	希望日
5月11日(土)	○
5月12日(日)	
どちらでもよい	

必ず自筆で署名することを忘れないでください。

※申込書(1)申込書(2)をそれぞれA4用紙に自筆で記入し、合わせて提出してください。

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容を
2024年 月 日
署名(自筆) **〇〇 × ×**
記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)