

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 (来年4月1日の年齢) 満 歳	(任意) 性別 <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	

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	○○ × ×	生年月日	1996年 11月 22日 <small>(令和6年4月1日の年齢) 満27歳</small>	任意別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
(フリガナ) 現住所	〒460-8501 アイゲンテクノロジーカクザンマル 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-○○○○-×××× メールアドレス			
連絡先(備考地等)	〒 - 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
	現在(最終)	△△△専門学校	助産学専攻科	名古屋市中区○○町
	2024年 4月~ 2025年 3月	卒 (卒見)	在・中退	
その前	○○△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区△△町	2014年 4月~ 2018年 3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)	○○△△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
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、左記の番号か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	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		<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:○○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		

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。(愛知県立病院事業庁管理課人事グループ)