

試験日	☐ 追加試験 令和7年7月12日（土）	
-----	---	--

受験番号	※病院で記載
------	--------

願 書

写 真
(30 mm×40 mm) 写真撮影年月日と氏名 を写真裏面に記入して ください。(過去3ヶ 月以内の写真を使用し てください。)

フリガナ		性 別	※任意
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日 生 () 歳		
現住所	〒 (-) ※アパート・マンション等の名称も明記ください		
受験票・試験 結果の送付先	〒 (-) ※現住所と異なる方のみ明記ください		
連絡先	電話番号 (- -) 携帯番号 (- -) E mail ()		

希 望 職 種	☐ 看護師		☐ 助産師
希 望 病 院	第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院
※追加試験の場合は、 第1希望病院のみ記載			
進学予定の有無	☐ 有 ☐ 無	☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 大学編入 ☐ その他 ()	

学 歴	学校名（高等学校卒業から記入）	修業年限	入学年月～卒業年月 ※和暦	該当事項に○
			年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
			年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
			年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
			年 月 ～ 年 月	卒業・卒業見込
職 歴	在職期間 ※和暦	勤務先名称（職種・主な所属科）		
	年 月 ～ 年 月	(.)		
	年 月 ～ 年 月	(.)		
	年 月 ～ 年 月	(.)		
	年 月 ～ 年 月	(.)		
(医療・福祉関係) 資格・免許	◎看護師免許	☐ 取得見込	☐ 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	
	◎助産師免許	☐ 取得見込	☐ 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	
	◎准看護師免許	☐ 取得見込	☐ 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	
	◎	☐ 取得見込	☐ 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	
	◎	☐ 取得見込	☐ 登録 (S・H・R 年 月 日 登録)	

〔任意〕扶養親族(配偶者を除く) 名 配偶者 ☐ 有 ☐ 無 配偶者の扶養義務 ☐ 有 ☐ 無

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄