

# 看護職採用選考申込書（令和7年度）

（地方独立行政法人 市立東大阪医療センター）

※受付印

|                 |                                                            |                                |                                    |                                   |
|-----------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 職 種             | <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師  | 希望する<br>選考日<br>(令和6年～<br>令和7年) | <input type="checkbox"/> 3月23日(日)  | <input type="checkbox"/> 4月6日(日)  |
| 受験区分            | <input type="checkbox"/> 既 卒 <input type="checkbox"/> 新 卒  |                                | <input type="checkbox"/> 4月27日(日)  | <input type="checkbox"/> 5月18日(日) |
| 面接方法            | <input type="checkbox"/> 試験会場 <input type="checkbox"/> WEB |                                | <input type="checkbox"/> 6月22日(日)  | <input type="checkbox"/> 7月13日(日) |
| ※受験番号<br>(記入不要) |                                                            |                                | <input type="checkbox"/> 8月17日(日)  | <input type="checkbox"/> 10月5日(日) |
|                 |                                                            |                                | <input type="checkbox"/> 12月17日(水) | <input type="checkbox"/> 2月15日(日) |

年 月 日現在

|       |                                                       |               |   |                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|---------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |                                                       |               |   | <b>写真</b><br><b>(縦4.0cm×横3.0cm)</b><br><br>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<br>※必須 | @ |                                                                                       |
| 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<br>(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。<br>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）
- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入（パソコン入力可）
  - ☐ には、該当する箇所には✓を記入
  - 学歴欄は、高校から順に記入
  - 職歴は、常勤・非常勤（パート、アルバイト等）問わず記入
  - ※欄は、記入不要



職務経歴書

年 月 日

氏 名：

生年月日：昭和  
平成

年

月

日（

歳）

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