看護職採用選考申込書（令和8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	☐ 助産師　☐ 看護師	希望する選考日（令和8年～令和9年）	☐ 3月22日(日) ☐ 4月26日(日) ☐ 5月24日(日) ☐ 6月21日(日)
受験区分	☐ 既　卒　☐ 新　卒		
面接方法	☐ 試験会場　☐ WEB		
※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）
氏　　名				
生年月日	年　　月　　日（満　　歳）			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。
性　　別	☐ 男　☐ 女	E-mail ※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（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。 ☐ 看護師　☐ 助産師　☐ 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）

あなたの目指す助産師像・看護師像

本医療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）
☐　有（病院名：　　　　　　　　）　☐　無 （病院名：　　　　　　　　）

通勤時間(当センターまで)	既卒の場合、就職希望月	宿舎入居希望	備考	
約　　時間　　分	令和　　年　　月	☐ 有　☐ 無　☐ 未定		

◎申込上の注意

記入内容に不正がありますと、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に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
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 （ 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）

地方独立行政法人　市立東大阪医療センター