看護職採用選考申込書(平成30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	カ産師 □ 看	護師	メ出して	□ 4月28日(土)	□ 6月24日(日	∃)		
受験区分	□即	抚 卒 🗌 🧎	乔	希望する 選考日	□ 7月29日(日)	□ 8月22日(7	k)		
※受験番号				(H30年~ H31年)	□ 10月28日(日)	□ 12月25日(水)		
(記入不要)					□ 2月 8日(金)				
	1					平	成	年 T	月 日現在
ふりがな									写真
氏 名								(縦4.0)cm×横3.0cm)
生年月日				年	月	日(満	歳)	内に撮影 ・上半身	込前6ヶ月以 した脱帽 '正面向きのも
性 別	□男	員 □女		mail áも可)		@		ので、本 るもの。	人と確認でき
	₹	_							
現住所									
	 	TEL	(3	- 祖仕訴レ同		携帯電話 不更)			_
連絡先	〒 - (現住所と同じ場合は、記入不要)								
上 市 儿		TEL		_	_				
		IEL		_					
年	月				学 歴				所在地 (都道府県)
						高等	等学校	入学	
						高等	\$学校	卒業	
					厥 · 右 ·	無			
		職 歴 : 有 ・ 無 ※看護職経験のある方は、別紙病院指定職務経験書に記入。							
	※有護城程級のある方は、 が私病院指定城務程級者に記入。 一般職経験のある方は、下欄に記入して下さい。								
			一般和	敞経験のみ	プロフ//(ta、 */ 喇(Cp				
			一般期	戦経験のあ	フ <i>のフ</i> バよ 、 ´1触(Cr				
			──般期 	戦経験のを	プ (3 /) (4) 				

◎記入上の注意

- 1 鉛筆以外の黒の筆記具で記入(ワープロ可。但し、氏名及びふりがなは自署)
- 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 ※欄は、記入不要

資格 ・ 免許	(既取得で看護業務に関係のあ	らるもののみ記入)	取得年月	
			年	月
			年	月
			年	月
			年	月
	※下記免許のうち <u>取得見込み</u> の	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(明	昆在の自分の強み・持ち味・改善	 		
まわたの日指士出立年				
あなたの目指す助産師修	ス・有護即隊 			
本医療センターを志望し	た理由			
	兵状況(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	
 約 時間 分	平成 年 月	□有 □無 □未定	考	
			1 1	

◎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 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)