

※写真を貼ってください 1 縦 36-40mm 横 24-30mm 2 胸上無背景	試験職種	希望試験会場	氏名
	助産師		(ふりがな)
		試験希望日	
			性別
			男 ・ 女
現住所 〒			生年月日
電話番号 自宅・携帯 ()			昭和 ・ 平成
現住所以外の連絡先 (帰省先等)			年 月 日
電話番号 自宅・携帯 ()			(歳)

■ 経歴・職歴（中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入）

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期（見込）
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 (配偶者除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無	有 ・ 無
〈健康状態・既往歴〉（いずれかにレを記入） <input type="checkbox"/> 特に大きな病気をしたことはない <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気がある <input type="checkbox"/> （1ヶ月以上の）病気をしたことがある <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている（					
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉					

試験職種	希望試験会場	氏名
助産師		(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR

■ 採用職種について

助産師としての合格者が採用予定数を超えた場合に、看護師としての採用を希望しますか？
 (いずれかに○を付してください。)

はい ・ いいえ

■ 採用箇所に関する希望について (看護師としての採用を希望する場合のみ記入してください。)

希望する採用箇所を次の①から④までの中から選択し、番号を回答欄に記入してください。
 なお、希望する採用箇所の回答が、選考の可否に影響することはありません。

採 用 予 定 箇 所	
① 江差病院 (江差町)	② 羽幌病院 (羽幌町)
③ 緑ヶ丘病院 (音更町)	④ 子ども総合医療・療育センター (札幌市)

番号記入欄→

第1希望	第2希望

- ※ 採用にあたっては、必ずしも希望する採用箇所とならない場合もあります。
- ※ 合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した採用箇所を辞退した場合は、採用されません。