

受験番号

## 兵庫県職員〔看護師等〕採用候補者選考試験（第3回目）受験申込書

|   |  |  |
|---|--|--|
| (ふりがな)<br>氏名                                      | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 生年月日<br>昭和・平成 年 月 日生<br>(平成30年4月1日現在満 歳) |
| 住所（通知の際の連絡先） □□□-□□□□                             |  |  |
| 自宅電話（ ） - 携帯電話 -<br>※日中連絡が取れる自宅電話または携帯電話を記入して下さい。 |  |  |
| 連絡先（住所以外に連絡先がある場合） □□□-□□□□                       |  |  |
| 電話（ ） -   |  |  |

『免許』 看護師等の免許の取得状況について記入してください。（取得見込の場合も含む）

| 免 | 資格名       | 取得年月 | 区分  |
|---|-----------|------|---|
| 許 | 看護師（婦）免許  | 年 月  | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 |
|   | 助産師（婦）免許  | 年 月  | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 |
|   | 准看護師（婦）免許 | 年 月  | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 |

『学歴』 高校以降の学歴をすべて記入して下さい。（高校を含む）

| 学 | 学校名   | 在学期間        | 区分  |
|---|-------|-------------|---|
| 歴 | (最終)  | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退<br><input type="checkbox"/> 卒見 |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退                                |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退                                |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退                                |

『職歴』 すべての職歴について記入して下さい。

| 職 | 勤務先   | 在職期間        |
|---|-------|-------------|
| 歴 | (最終)  | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |
|   | (その前) | 年 月から 年 月まで |

私は兵庫県職員〔看護師等〕採用候補者選考試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。  
 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。  
 また、この申込書記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (必ず自署して下さい)

※受験会場の希望記入欄が「受験票」の下段にありますので、必ず記入して下さい。

兵庫県職員〔看護師等〕採用候補者選考試験（第3回目）

受 験 票

|               |       |
|---------------|-------|
| 受験番号          | ※     |
| 受験区分          | 看護師等  |
| (ふりがな)<br>氏 名 | ..... |
| 試験会場          | 神戸    |

(写真貼付欄)  
試験当日には、この欄に必ず写真を貼って持参して下さい。  
写真はタテ4.0cm×ヨコ3.5cm半身脱帽正面向きで6ヶ月以内のもの。

※受験番号欄は記入しないで下さい。

写真は裏面に氏名を記入してから貼付して下さい。

会場までの案内図は試験案内に掲載しています。

|      |                |
|------|----------------|
| 試験日  | 平成29年10月21日（土） |
| 受付   | 9時30分から9時55分   |
| 試験開始 | 10時00分         |

受験の注意事項

- 1 受験の際は、この受験票、筆記用具を持参して、定刻までにおいで下さい。
- 2 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限りします。
- 3 受付でこの受験票に検印を受けた後、当日受験会場に掲示する案内に従い、各自の試験室に入して下さい。
- 4 試験会場には、駐車場がありませんので、自動車・単車などの乗り入れは禁止します。
- 5 この受験票は、試験中、二つ折りにして、写真の面を上にして机の上に置いて下さい。
- 6 この受験票は、試験中に回収しますので、各自で受験番号を控えておいて下さい。

## 採用時期・配属病院希望調書

|      |   |
|------|---|
| 氏 名  |   |
| 受験番号 | ※ |

(※＝記入不要)

### 1 配属病院の希望について

今回の採用試験で合格した場合の配属予定病院は、下記表1の県立病院のとおりとなっています。つきましては、配属病院の希望について、下記の記入方法に従って記入をお願いします。

＜記入方法＞

- ① 配属を希望する病院から順に番号を記入して下さい。  
ただし、第1希望の病院を複数記載いただくことも可能ですので、配属希望度が同程度の病院が複数ある場合は、その全てに「1」と記入して下さい。(別紙記載例参照)
- ② 実際の配属にあたっては、各病院の応募状況や欠員状況等により第1希望の病院以外に配属されることがありますので、希望病院については全て希望する順位を記入して下さい。
- ③ 配属を希望しない病院については、×印を記載し、表2にその病院名と理由を記入して下さい。  
 希望順位欄は、必ず空欄のないようにしてください。

【 表 1 】

| 希望順位 | 病 院 名          | 所 在 地            | 病院種別 |
|------|----------------|------------------|------|
|      | 尼崎総合医療センター     | 尼崎市東難波町2-17-77   | 総合   |
|      | 西宮病院           | 西宮市六湛寺町13-9      | 総合   |
|      | 加古川医療センター      | 加古川市神野町神野203     | 総合   |
|      | 淡路医療センター       | 洲本市塩屋1-1-137     | 総合   |
|      | ひょうごこころの医療センター | 神戸市北区山田町上谷上字登り尾3 | 専門   |
|      | 柏原病院           | 丹波市柏原町柏原5208-1   | 総合   |
|      | こども病院          | 神戸市中央区港島南町1-6-7  | 専門   |
|      | がんセンター         | 明石市北王子町13-70     | 専門   |
|      | 姫路循環器病センター     | 姫路市西庄甲520        | 専門   |
|      | 粒子線医療センター      | たつの市新宮町光都1-2-1   | 専門   |

採用時期・配属病院希望調書

|      |       |
|------|-------|
| 氏名   | 病院 太郎 |
| 受験番号 | ※     |

(※＝記入不要)

1 配属病院の希望について

今回の採用試験で合格した場合の配属予定病院は、下記表1の県立病院のとおりとなっています。つきましては、配属病院の希望について、下記の記入方法に従って記入をお願いします。

<記入方法>

- ① 配属を希望する病院から順に番号を記入して下さい。  
ただし、第1希望の病院を複数記載いただくことも可能ですので、配属希望度が同程度の病院が複数ある場合は、その全てに「1」と記入して下さい。
- ② 実際の配属にあたっては、各病院の応募状況や欠員状況等により第1希望の病院以外に配属されることがありますので、希望病院については全て希望する順位を記入して下さい。
- ③ 配属を希望しない病院については、×印を記載し、表2にその病院名と理由を記入して下さい。  
希望順位欄は、必ず空欄のないようにしてください。

【表1】

尼崎総合医療センター及び西宮病院への配属希望度が同程度の場合は、両方に「1」と記入して下さい。

| 希望順位 | 病院名            | 所在地              | 病院種別 |
|------|----------------|------------------|------|
| 1    | 尼崎総合医療センター     | 尼崎市東難波町2-17-77   | 総合   |
| 1    | 西宮病院           | 西宮市六湛寺町13-9      | 総合   |
| 3    | 加古川医療センター      | 加古川市神野町神野203     | 総合   |
| 4    | 淡路医療センター       | 洲本市塩屋1-1-137     | 総合   |
| 9    | ひょうごこころの医療センター | 神戸市北区山田町上谷上字登り尾3 | 専門   |
| 5    | 柏原病院           | 丹波市柏原町柏原5208-1   | 総合   |
| 8    | こども病院          | 神戸市中央区港島南町1-6-7  | 専門   |
| 6    | がんセンター         | 明石市北王子町13-70     | 専門   |
| 7    | 姫路循環器病センター     | 姫路市西庄甲520        | 専門   |
| 10   | 粒子線医療センター      | たつの市新宮町光都1-2-1   | 専門   |

【 表 2 】

| 配属された場合辞退する病院      | 辞退する理由                              |
|--------------------|-------------------------------------|
| ※記載例(1)<br>○○病院    | ※記載例(1)<br>実家からの通勤を希望しているため（実家：●●市） |
| ※記載例(2)<br>△△病院 以外 | ※記載例(2)<br>▲▲分野での看護を強く希望するため        |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |
|                    |                                     |

※ 上記表内に記載しきれない場合は、別紙を添付して下さい。

2 採用希望時期について

採用日は、原則として、平成30年4月1日となります。

必要に応じて年度途中の前倒し採用をする場合がありますので、前倒しでの採用を希望される方は「○」を、希望されない方は「×」を記載して下さい。（必ず○・×どちらかを記載して下さい）

※但し、平成30年3月31日までの間は、臨時的任用職員として勤務いただくことになります。

※採用希望時期については、別途お伺いします。

|       |   |
|-------|---|
| 希望の有無 |   |
|       | 既に看護師等の免許を有しており、臨時的任用職員として平成30年4月1日より以前（前倒し）での採用を希望します。 |

## 自己申告カード（看護職用）

|      |  |
|------|--|
| 受験番号 |  |
| 氏 名  |  |

\*受験番号は記入不要

|   |  |           |          |
|---|--|-----------|----------|
| 志望動機  | ※看護師としての勤務歴がある方については、別紙「過去の病院での職務経験内容」も併せて記入してください。                  |           |          |
| 看護  | <u>私の看護に対する考え方</u>   |           |          |
|   | <u>臨床実習又は勤務中で最も印象深かった出来事</u>   |           |          |
|   | <u>関心のある領域とその理由</u>  |           |          |
| クラブ活動・社会活動等                                     | ※クラブ・サークル活動やボランティア・社会活動などの実績、特に力を入れて取り組んだこと、そこから得たことなどを具体的に記入してください。 |           |          |
| 自己PR  |  |           |          |
| 特に申告しておきたいこと（※健康面や夜勤等、勤務上配慮を要する事項等があれば記入してください） |  |           |          |
| 資格・免許   | 名 称  | 取得（見込）年月日 | 認定（交付）機関 |
|   |  | 年 月 日     |          |
|   |  | 年 月 日     |          |
|   |  | 年 月 日     |          |
| ※専門（看護師・助産師・准看護師）以外の資格・免許を記載してください。             |  |           |          |

## 過去の病院での職務経歴内容（看護職用）

|      |  |
|------|--|
| 受験番号 |  |
| 氏名   |  |

\*受験番号は記入不要

（記入例）在職歴が新しいものから順に記入してください。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>病院名</b>               | （診療科） [夜勤従事の有無] （経験年数）、役職・各種委員会担当等<br><br>・ 循環器内科 [夜勤あり]（2年）、役職等なし<br>・ 外来 [夜勤なし]（1年）、臨床指導者<br>・ 手術室 [夜勤なし]（2年）、主任・リーダー |
| ○×病院                     |   |
| <b>在職期間</b>              |   |
| H10.4.1<br>～<br>H15.3.31 |   |

（職務経歴内容記入欄）

|             |  |
|-------------|--|
| <b>病院名</b>  |  |
| ～           |  |
| <b>在職期間</b> |  |
| <b>病院名</b>  |  |
| ～           |  |
| <b>在職期間</b> |  |
| <b>病院名</b>  |  |
| ～           |  |
| <b>在職期間</b> |  |
| <b>病院名</b>  |  |
| ～           |  |
| <b>在職期間</b> |  |

※書き切れない場合は、本用紙を複写の上、職務経歴を全て記入してください。

〔受験票返送用封筒記入見本〕

大きさ：角形2号

33.2cm

7 7 7 7 7 7 7

送付先住所の郵便番号を記入のこと

郵便切手

120円

受験票送付先の住所を記入のこと

〇〇市△△区××通〇丁目△番地ー×

120円切手貼り付けのこと

病 院 太 郎 様

「行」とはしないこと

朱書きしておくこと

受験票在中

24  
cm