

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）受験申込書

(ふりがな) _____ 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (令和 3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 - ※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 許	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 歴	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 <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 歴	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おりません。
 また、この申込書記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

(必ず自署して下さい)

兵庫県職員〔看護師等〕採用候補者選考試験（第3回）

受 験 票

受験番号※		<p style="text-align: center;">（写真貼付欄）</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
受験区分	看護師等	
（ふりがな） 氏 名	
試験日※	10月17日（土）	
試験会場※		
試験開始※ （受付）		

※氏名・ふりがな欄のみ記入ください。

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。

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ませす。
- 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、受付で回収しますので、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、下表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×印を記載して下さい。

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1-3-9	総合
	加古川医療センター	加古川市神野町神野2-0-3	総合
	丹波医療センター	丹波市氷上町石生2002-7	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
	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1-3-70	専門
	姫路循環器病センター (R04～はりま姫路総合医療センター(仮称))	姫路市西庄甲5-2-0	専門 (総合)
	粒子線医療センター	たつの市新宮町光都1-2-1	専門

2 採用希望時期について

採用日は、原則、令和3年4月1日となりますが、必要に応じて令和3年4月1日より以前（前倒し）の採用をする場合があるため、**前倒し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）。**

※令和3年3月31日まで勤務いただく期間は、臨時的任用職員として勤務いただくこととなります。

※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令和3年4月1日より以前（前倒し）での採用を希望します。

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、下表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
3	西宮病院	西宮市六湛寺町1-3-9	総合
4	加古川医療センター	加古川市神野町神野2-0-3	総合
5	丹波医療センター	丹波市氷上町石生2002-7	総合
2	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
×	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1-3-70	専門
1	姫路循環器病センター (R04～はりま姫路総合医療センター(仮称))	姫路市西庄甲520	専門 (総合)
×	粒子線医療センター	たつの市新宮町光都1-2-1	専門

2 採用希望時期について

採用日は、原則、令和3年4月1日となりますが、必要に応じて令和3年4月1日より以前（前倒し）の採用をする場合があるため、**前倒し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。）。**

※令和3年3月31日まで勤務いただく期間は、臨時的任用職員として勤務いただくこととなります。

※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令和3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	私の看護に対する考え方		
	臨床実習又は勤務中で最も印象深かった場面		
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。

病 院 名	（診療科） [夜勤従事の有無] （経験年数）、役職・各種委員会担当等 ・ 循環器内科 [夜勤あり]（2年）、役職等なし ・ 外来 [夜勤なし]（1年）、臨床指導者 ・ 手術室 [夜勤なし]（2年）、主任・リーダー
○×病院	
在 職 期 間	
H10. 4. 1 ～ H15. 3. 31	

（職務経歴内容記入欄）

病 院 名	
～	
在 職 期 間	
病 院 名	
～	
在 職 期 間	
病 院 名	
～	
在 職 期 間	
病 院 名	
～	
在 職 期 間	
病 院 名	
～	
在 職 期 間	

※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
300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×

300円分の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