

# 国立病院機構 神戸医療センター 採用試験受験願書

受験番号	※記入不要です		
職 種	1. 助産師    2. 看護師    ※該当番号を○で囲むこと		
ふりがな 氏名			
生年月日	昭和・平成    年    月    日生 (    歳)		
性 別	男 ・ 女	宿舍希望	有 ・ 無

(写真貼付)  
4.5cm × 3.5cm

連絡先	〒 _____ 電話番号 (    )			
その他 連絡先	〒 _____ 電話番号 (    )			
学 歴	学 校 名	課 程	入学年月～卒業等月日	該当事項にチェック
			年    月～    年    月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見込
			年    月～    年    月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見込
			年    月～    年    月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒見込

※高等学校以上の学歴について記載して下さい。

職 歴	在職期間	勤務先名称	業務内容
	年    月 ～    年    月		
	年    月 ～    年    月		
	年    月 ～    年    月		

※職歴のある方は記載して下さい。

専門資格 免許等	取得年月	専門資格等名称	趣味・スポーツ・特技等
	年    月		
	年    月		
	年    月		

※医療に関係のある資格・免許等を記載して下さい。

勤務希望看護領域(希望する理由及び将来の希望を含む)