

2026(令和8)年度採用 愛知県職員(看護師)採用選考申込書

受験番号						・受験番号の記入は不要です。 ・個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。	
(フリガナ) 氏名			生年 月日	年 月 日	(任意)性別	☐ 男 ☐ 女	写真添付欄 (脱帽、正面向、 上半身、6か月以内に撮影したもの)
(フリガナ) 現住所	〒						
	電話		左記以外の電話番号				
	メールアドレス						
連絡先 (帰省地等)	〒						
	電話						
看護師免許の有無	免許の有無：有(年 月 取得)・無(2026年3月取得見込)						
学 歴	学校名	学部学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間	修学区分		
	現在(最終)			年 月～ 年 月	卒・卒見込 在・中退		
	その前			年 月～ 年 月	卒・卒見込 在・中退		
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間			
	現在(最終)			年 月～ 年 月			
	その前			年 月～ 年 月			
	その前			年 月～ 年 月			
	その前			年 月～ 年 月			
愛知県職員と併願の優先順位		病院名等					
	第一希望						☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験
	第二希望						☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験
	第三希望						☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験
	第四希望						☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験
	県立病院のうち配属希望を第1希望から第3希望まで記入してください。						
配属希望	第1希望	第2希望	第3希望				

資 格 ・ 免 許 (看護師免許以外)	普通自動車運転免許 ☐ 有 ☐ 無 (交通違反・事故 ☐ 有 ☐ 無)	趣味・特技	
自覚している 性 格			
健 康 状 態	☐ 健 康 ☐ 健康にやや不安あり ☐ 病気療養中 ()		
持 病 既 往 症 等	☐ 有 (有の場合) ☐ 無 ()	身 体 上 の 特 記 事 項	☐ 有 (有の場合) ☐ 無 ()
そ の 他 の 特 記 事 項 (看 護 業 務 に 関 す る も の)	☐ 有 (有の場合 例:〇〇のため、××業務の軽減を希望 薬物アレルギー) ☐ 無 ()		
志 望 理 由			
* 希望選考 希望する選考日を選択し、「希望日」欄に○をつけてください。 どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に○をつけてください。			
選考日		希望日	
5月17日(土)			
5月18日(日)			
どちらでもよい			

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容に相違はありません。

2025 年 月 日

署名(自筆) _____

記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)

記入例

申込書(1)

申込書(2)

2026(令和8)年度採用 愛知県立病院等職員(看護師)採用選考申込書

受験番号			・受験番号の記入は不要です。 ・個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。	
(フリガナ) 氏名	〇〇〇〇 × × × ×	生年月日	2003年 11月22日 (末年4月1日の年齢) 満22歳	任意別 ☐ 男 ☒ 女
	〇〇 × ×		写真添付欄 (脱帽 正面向)	
(フリガナ) 現住所	〒460-8501 アイチケンナゴヤシチカクサンマル 3チヨウメ1ハン2コウ 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			
	電話	052-954-6314	左記以外の電話番号	090-〇〇〇〇-××××
連絡先 (帰省地等)	〒 - メールアドレス 電話			
看護師免許の有無	免許の有無: 有(年 月 取得) (無) 2025年3月取得見込)			
学 歴	学校名	学部学科名	所在地(市区町村名まで)	在学期間
	現在(最終)	医学部看護学科	名古屋市中区〇〇町	2022年 4月～ 2026年 3月
	その前	普通科	名古屋市中区△△町	2019年 4月～ 2022年 3月
	〇〇△△高等学校			
職 歴 (ある場合に記入)	勤務先(部課まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間
	現在(最終)			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
	その前			年 月～ 年 月
愛知県立病院と併願の優先順位	病院名等			
	第一希望	△△△△大学付属病院	☐ 合格 ☒ 結果待ち ☐ 今後受験	
	第二希望	愛知県立病院	☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験	
	第三希望	× × 市民病院	☐ 合格 ☒ 結果待ち ☐ 今後受験	
	第四希望		☐ 合格 ☐ 結果待ち ☐ 今後受験	
配属希望	県立病院のうち配属希望を第1希望から第3希望まで記入してください。			
	第1希望	第2希望	第3希望	
	がんセンター	医療療育総合センター	あいち小児保健医療総合センター	

携帯電話など、左記の番号かいずれかで日中連絡が取れる番号にしてください。

資格・免許 (看護師免許以外)	普通自動車運転免許 ☒ 有 ☐ 無 (交通違反・事故 ☐ 有 ☒ 無)	趣味・特技	スポーツ観賞、読書
自覚している性	粘り強く最後まであきらめずに取り組むことができる。やや消極的で思慮深くない部分がある。		
健康状態	☒ 健康 ☐ 健康にやや不安あり ☐ 病気療養中 ()		
持病	☐ 有 (有の場合)	身体上の特記事項	☐ 有 (有の場合)
既往症等	☒ 無	☒ 無	
その他の事項 (看護業務に関するもの)	☐ 有 (有の場合 例: 〇〇のため、× × 業務の軽減を希望 薬物アレルギー) ☒ 無		
志望理由	必ず記入してください		
*希望選考 希望する選考日を選択し、「希望日」欄に○をつけてください。 どちらでもよい場合は「どちらでもよい」に○をつけてください。			
選考日		希望日	
5月17日(土)		○	
5月18日(日)			
どちらでもよい			

どちらでもよい場合は、「どちらでもよい」の欄に○を付けてください。

私は募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書のすべての記入内容に相違はありません。

2025 年 月 日

署名(自筆)

〇〇 × ×

必ず自筆で署名することを忘れないでください。

※申込書(1)申込書(2)をそれぞれA4用紙に自筆で記入し、合わせて提出してください。

記入された個人情報については、採用選考以外の目的では使用しません。(愛知県病院事業庁管理課人事グループ)