

2026(令和8)年度採用 愛知県職員(助産師)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 (来年4月1日の年齢) 満 歳	(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							
助産師免許の有無	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			
	その前			年 月～ 年 月			
	その前			年 月～ 年 月			
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		

資格・免許 (助産師免許以外)	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(助産師)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	1996年 11月 22日 (末年4月1日の年齢) 満27歳	(任意) 性別 ☐ 男 ☒ 女
写真添付欄	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-××××	
メールアドレス	T -			
連絡先 (帰省地等)	電話			
助産師免許の有無	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
	現在(最終) △△△専門学校	助産学専攻科	名古屋市中区〇〇町	2025年 4月～ 2026年 3月
	その前 〇〇△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区△△町	2015年 4月～ 2019年 3月
職 歴 (ある場合 に記入)	勤務先(都県まで詳しく)	職務内容	所在地(市区町村名まで)	在職期間
	現在(最終) 〇〇△△大学病院	看護業務	名古屋市中区△△町	2019年 4月～ 2025年 3月
	その前			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
併 願 の 優 先 順 位	病院名等			
	第一希望	△△△大学附属病院	☐ 合格 ☒ 結果待ち ☐ 今後受験	
	第二希望	あいち小児保健医療総合センター	☐ 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	

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 (助産師免許以外)	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 格	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 (特 記 事 項 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		

どちらでもよい場合は、
「どちらでもよい」の欄に
〇を付けてください。

*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	

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。

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が
2025 年 月 日

署名(自筆)

〇〇 × ×

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)