

2027(令和9)年度採用 愛知県職員(看護師)採用選考申込書

受験番号					<small>・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。</small>		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) 氏名		生年月日	年 月 日	(任意別)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
(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 ( 2027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 <small>(ある場合に記入)</small>	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				
愛知県職員と併願の優先順位	病院名等							
	第一希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験			
	第二希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験			
	第三希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験			
	第四希望				<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 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							



記入例

申込書(1)

申込書(2)

2027(令和9)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。			
氏名	○○ × ×	生年月日	2004年 11月22日 (末年4月1日の年齢) 満22歳	任意別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
現住所	〒460-8501 アイゲンナゴヤシナカサナル 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					
連絡先(帰省地等)	電話	052-954-6314	左記以外の電話番号	090-○○○○-××××		
看護師免許の有無	免許の有無: 有 ( ) 年 月 取得) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ( 2027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)	△△△△大学	医学部看護学科	名古屋市中区○○町	2023年 4月～ 2027年 3月	卒・ <input checked="" type="checkbox"/> 卒見込 在・中退
	その前	○○△△高等学校	普通科	名古屋市中区△△町	2020年 4月～ 2023年 3月	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
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			<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第二希望	愛知県立病院			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 今後受験	
	第三希望	××市民病院			<input type="checkbox"/> 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 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	がんセンター	第2希望	医療療育総合センター	第3希望	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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (交通違反・事故 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)		
健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康にやや不安あり <input type="checkbox"/> 病気療養中		
持病・既往症等	<input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 無	身体上の特記事項	<input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 無
その他の事項(看護業務に関するもの)	<input type="checkbox"/> 有 有の場合 例:○○のため、××業務の軽減を希望 薬物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 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○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9日(土)	○
5月10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。

2026 年 月 日

署名(自筆)

○○ × ×

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。(愛知県立病院事業庁管理課人事グループ)