**柏原市病院職員採用資格試験申込書（裏面あり）**

　〈写　　　真〉

　・脱帽・

注）過去ケ月以内

　　に撮影したもの

縦 4.5㎝×横 3.5㎝

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受験職種 | 看護師 | 受験  番号 |  | | | | |  |
| ふりがな |  | | |  | 性　別 |  | 成績開示希望 |
| 氏　名 |  | | |  | ※ |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　歳） | | | | | | |

　　　　　　　　　　　※成績の開示を希望する場合は、成績開示希望欄に「有」と記入して下さい。（不合格の場合のみ通知します。）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  現　住　所 | **〒　　―　　　　　℡　　（　　）　　　　　携帯　　（　　）**  **E-mail**  ◎地番までくわしく（アパートは室号、下宿の場合は○○方まで）記入してください。 |
| （ふりがな）  連　絡　先 | **〒　　―　　　　　℡　　（　　）　　　　　携帯　　（　　）**  **E-mail**  ◎連絡先は、現住所以外に連絡を希望する方のみ記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学  歴 | 学　　　　校　　　　名 |  |  |  |  |
| 中　　学　　校  ※中学校については学校名は不要です。 |  | 平成 　 　年　　月入学  　　　　年　　月卒業 | 都道府県 |
|  |  | 平成・令和 　年　　月入学  　　　　年　　月卒・卒見込 | 都道府県 |
|  |  | 平成・令和 　年　　月入学  　　　　年　　月卒・卒見込 | 都道府県 |
|  |  | 平成・令和 　年　　月入学  　　　　年　　月卒・卒見込 | 都道府県 |
|  |  | 平成・令和 　年　　月入学  　　　　年　　月卒・卒見込 | 都道府県 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職  歴 | 勤　務　先　名 | 正職・その他  ○を記入 | 在　職　期　間 |  |  |
|  | 正職・その他 | 平成　　年　月就職  平成　　年　月退職 |  |
|  |
|  | 正職・その他 | 平成　　年　月就職  令和　　年　月退職 |  |
|  |
|  | 正職・その他 | 令和　　年　月就職  令和　　年　月退職 |  |
|  |

　（注意）学歴欄等が不足するときは、別紙を作成して記入し、裏面上部に貼付してください。

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 免  許  ・  資  格 | 免　　　　許　　　　・　　　　資　　　　格 | 取得見込年月 |  |
|  | 平成・令和 　年　　月取得  　　　　　　　　見込 |
|  | 平成・令和 　年　　月取得  　　　　　　　　見込 |
|  | 平成・令和 　年　　月取得  　　　　　　　　見込 |
|  | 平成・令和 　年　　月取得  　　　　　　　　見込 |

　（注意）取得・見込について、該当するものを囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |
| 所属クラブ等 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

　　私は、柏原市病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は、

　柏原市病院職員採用資格試験要綱に掲げてある受験要件をすべて満たしており、

　かつ、申込書の記載事項は事実に相違ありません。

　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名及び年月日は必ず自署してください）

**柏原市病院職員採用資格試験受験票**

　〈写　　　真〉

　・脱 帽・

注意）過去ケ月以内

　　に撮影したもの

縦 4.5㎝×横 3.5㎝

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　種 | 看護師 |  | |  |
| ※  番 | |
|  |  | | 性　別 |
| 氏　　　名 |  | |  |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（満　　歳） | | |

※以外の欄は各自記入してください。

「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

試験の日時及び場所

|  |
| --- |
| 日　時　　後日通知  場　所　　市立柏原病院　会議室  　　　　　TEL　０７２－９７２－０８８５ |

　　　　　　　　　　　　　　　キ　　　リ　　　ト　　　リ

　　　　　※　試験日程等は後日通知します。時間厳守のこと。

注

意

事

項

　※　当日は、受験票・筆記用具等を持参してください。

受験票を持参しないときは、受験できない場合もあります。

　※　自動車での来場を禁じます。

　　　　　※　他の受験者の迷惑とならないよう、試験場では係員の指示を必ず守ってください。

〈会場案内〉

　市立柏原病院

　柏原市法善寺１丁目７番９号

　０７２－９７２－０８８５

　JR「柏原駅」下車徒歩 １２分

　近鉄大阪線「法善寺駅」下車徒歩 ４分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 面　接　カ　ー　ド | | | | | | | | | | | | | | | |
| （記入日:令和 年　 月 　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 試験職種 | | 看 護 師 | | | | | | | ふりがな | |  | | | | |
| 氏　 　名 | |  | | | | |
| 受験番号 | |  | | | | | | |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 看護師を志した動機と「私の描く看護師像」 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 看護師経験（実習を含む）を通じて最も印象に残ったこと | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 研究発表、研修、講習歴など | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
| 看護師として関心のある分野 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 最近関心を持った事がら(自己・世相・社会など） | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
| 自 己 Ｐ Ｒ | 性格、趣味、特技、クラブ・サークル活動歴、ボランティア活動歴、これまでにあなたが特に 情熱を注いだこと又は他人に誇れることなど | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ※記入しないでください | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
| 備考 | ※記入しないでください | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |