

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
助産師修学資金 看護師修学資金採用申込書（令和3年度）

修学資金の種類 (○をつける)		()	看護師修学資金			
		()	助産師修学資金			
※欄は、記入不要 印刷する際はA4判両面						
受験番号	※	試験日	令和3年7月3日(土)			
私は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 なお、私は次に該当していません。 ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人			写真 (縦4.5cm×横3.5cm)			
			写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。 ※写真裏面に氏名を記載してください			
		年	月	日		
ふりがな						
氏名						
生年月日	年	月	日	(満 歳)	性別	男 女
E-mail (任意)	@					
住所	〒 -					
	TEL - - 携帯 - -					
連絡先	〒 -					
	TEL - -					
学歴	学校名	学部学科名	在籍年月		卒業状況	備考
			年 月	～ 年 月	卒 卒見 中退	
			年 月	～ 年 月	卒 卒見 中退	
			年 月	～ 年 月	卒 卒見 中退	
			年 月	～ 年 月	卒 卒見 中退	
			年 月	～ 年 月	卒 卒見 中退	
職歴 (看護)	勤務先名称	業務内容	在職期間		勤務形態	時間
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
職歴 (一般)	勤務先名称	業務内容	在職期間		勤務形態	時間
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週
			年 月	～ 年 月		時間/週

免許・資格名（級）	取得年月			
看護師免許	年	月	取得	取得見込
助産師免許	年	月	取得	取得見込
保健師免許	年	月	取得	取得見込
准看護師免許	年	月	取得	取得見込
	年	月	取得	取得見込
	年	月	取得	取得見込

修学資金の志望動機

自己PR

卒業後の配属を希望する病院					
※最大5位までの希望する順位を記入 (希望しない病院は空欄にして下さい)	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター

◎記入にあたっての注意事項

- 1 日付は記入日現在のものを記入 2 記入は黒または青のインクのボールペン
- 3 学歴は高等学校以降を記入し、卒・卒見等は該当箇所に○する。
- 4 学歴・職歴は古いものから順に空白がないように記入する（無職の期間は在家庭と記入する）
職歴は看護師・助産師免許を必要とする職としての経歴とそれ以外の経歴とに分けて記載する。
両方の経歴がある者は全ての経歴を記載し、転職活動中のような無職期間については職歴（一般）に記載し、空白期間がないように記載する。
- 5 勤務形態の欄は、「正規職員」は「正」、「非常勤・アルバイト」は「非」、契約職員等は「契」と記入し週の勤務時間を数字で記入する。
- 6 配属時の志望病院は志望する順位を数字で記入する。（最大5位まで）
- 7 特記事項は健康状態等任意で記載する。