

試験日	<input type="checkbox"/> 統一試験 A日程 令和8年5月16日(土)	<input type="checkbox"/> 統一試験 B日程 令和8年5月23日(土)	<input type="checkbox"/> 追加試験 月 日 () ※指定された日時を記入してください
-----	---	---	---

受
験
番
号

※病院で記載

願書

写真

(30mm × 40mm)
写真撮影年月日と氏名
を写真裏面に記入して
ください。(過去3ヶ月
以内の写真を使用し
てください。)

フリガナ		性別	
氏名		※任意	
生年月日	S・H 年 月 日 生 () 歳		
現住所	〒 (- -)	※アパート・マンション等の名称も明記ください	
受験票・試験 結果の送付先	〒 (- -)	※現住所と異なる方のみ明記ください	
連絡先	電話番号 (- - -) 携帯番号 (- - -) Email ()		

希望職種	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師		
希望病院 ※追加試験の場合は、 第1希望病院のみ記載	第1希望病院	第2希望病院	第3希望病院	
進学予定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 大学編入 <input type="checkbox"/> その他 ()		

学歴	学校名 (高等学校卒業から記入)	修業年限	入学年月～卒業年月	※和暦	該当事項に○
			年 月～年 月	年 月～年 月	卒業・卒業見込
			年 月～年 月	年 月～年 月	卒業・卒業見込
			年 月～年 月	年 月～年 月	卒業・卒業見込
職歴	在職期間 ※和暦	勤務先名称 (職種・主な所属科)			
	年 月～年 月	()			
	年 月～年 月	()			
	年 月～年 月	()			
	年 月～年 月	()			
(医療資格・ 福祉免許関係)	◎看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年_____月_____日 登録)		
	◎助産師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年_____月_____日 登録)		
	◎准看護師免許	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年_____月_____日 登録)		
	◎_____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年_____月_____日 登録)		
	◎_____	<input type="checkbox"/> 取得見込	<input type="checkbox"/> 登録 (S・H・R _____年_____月_____日 登録)		

[任意] 扶養親族(配偶者を除く) _____名 配偶者 有 無 配偶者の扶養義務 有 無

志望動機

看護師・助産師としての自身の目標

自己PR

病院記入欄