

受験番号

※記入不要

公立大学法人横浜市立大学診療看護職員採用試験申込書（表面）

フリガナ						<div>写真</div> <div>・縦4cm×横3cm ・本人単身胸上 ・白黒、カラーともに可 ・裏面に氏名を記入 ・裏面のりづけ</div>		
氏 名								
生年月日	昭・平	年	月	日生	年齢		歳	(2026年4月1日現在)
現住所	(〒      -      ) (可否通知の発送先となります)							
連絡先	携帯電話      -      - E-mail      @      ※受験詳細の案内等に使用しますので、必ず記入してください。							
学 歴	期間（西暦）	学校名（学部・学科名）			該当に○印	修学年数		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で	高等学校		年制	卒・卒見込・中退	年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で			年制	卒・卒見込・中退	年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で			年制	卒・卒見込・中退	年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で			年制	卒・卒見込・中退	年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で			年制	卒・卒見込・中退	年    月		
職 歴	在職期間（西暦）	勤   務   先				勤務年数		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で					年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で					年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で					年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で					年    月		
	年    月    か    ら 年    月    ま    で					年    月		
*職歴は看護業務以外の職歴も全て記入してください。（欄が足りないときは、任意の別紙をつけていただいて構いません。）								
免 許	名称	取得（見込）年月日			記号・番号			
	看護師免許	(西暦)	年    月    日	取得・取得見込				
	助産師免許	(西暦)	年    月    日	取得・取得見込				
	保健師免許	(西暦)	年    月    日	取得・取得見込				
*免許を取得見込の方は、年月日を「2026年3月」とし、「取得見込」に○印を記入してください。								
職員宿舎 入居希望	有      ・      無							

裏面もあります

公立大学法人横浜市立大学診療看護職員採用試験申込書(裏面)

受験番号
※記入不要

フリガナ		
氏 名		
趣味・特技 スポーツ等		
資 格	(看護職免許以外のものも記載してください)	
性 格	【長所】	【短所】
診療看護師を 目指した理由		
横浜市立大学附属 2 病 院への志望動機	横浜市立大学附属2病院への志望動機に該当する項目を選択(複数可)し、( )に順位を記入してください。 ( ) a 高度な医療を実施している ( ) e 施設設備が整っている ( ) b 希望する看護領域がある ( ) f 大学病院である ( ) c 良い看護が実践されている ( ) g 労働条件・給与・福利厚生がよい ( ) d 教育・キャリア支援が充実している ( ) h 通勤に便利・立地条件がよい ( ) その他[ ]	
	横浜市立大学附属2病院を志望する理由を詳しく記載してください。	
大学病院における診療看護に求められている役割と、あなたの経験を踏まえてどのように貢献したいと考えているかについて記入してください。		
診療看護師として医師や看護師、他職種と協同する上で大切にしていることを、あなたの経験を踏まえ記入してください。		
受験資格の確認 及び署名	下記内容を確認の上、署名してください。 受験資格に該当しない、この申込書の内容が正しくない等が明らかになった場合、受験は認められません。 また、合格・採用になった場合でも、合格・採用を取り消します。	
	私は以下の受験資格を全て満たし、この採用試験に申し込みます。 また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。  (西暦)            年            月            日            署名	