

横浜市看護職員採用選考受験申込書 記載例



令和元年度 横浜市看護職員採用選考受験申込書

【記入上の注意】

両面とも黒のボールペンで記入してください。
※印の欄は記入しないで下さい。
裏面「署名欄」に必ず自署で署名してください。

受験希望日程または会場に「○」を付ける											受験番号
日程	4月	5月	6月	7月	8月	9月	11月	仙台	福岡	※	

受験希望の日程または会場に1つ「○」をします。
1度の申込で複数月申し込むことはできません。

横浜市医療局病院経営本部の奨学金以外の奨学金についても記載してください。

5月横浜会場を受験する方のみ、どちらかにレ点を入れてください。
その他の日程の方は、何も記載しません。

実習経験がある場合のみレ点を入れてください。

取得見込みも記載してください。
その他、看護業務に関連する免許があれば記載してください。

高等学校から順に記載します。
中退した学校についても漏れなく記載してください。
書ききれない場合は、同じ項目を別紙に記載し、添付してください。

看護職以外の職歴、アルバイトも記載してください。
書ききれない場合は、同じ項目を別紙に記載し、添付してください。

進学や併願受験を予定されている方は、発表時期も含めて記載してください。

通院している場合や、常用している薬がある場合は、記載してください。

フリガナ			生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日生	写真
氏名			年齢 (歳) ※受験日現在		※3か月以内に撮影した証明写真を貼付 ・縦4cm×横3cm ・本人単身肖像 ・白黒又はカラー ・裏面に氏名と生年月日を記入 ・のり付けすること
現住所	〒 -		携帯電話 ()	電話 ()	
その他の連絡先	※受験票等、郵便物の発送先について、上記住所以外を希望する場合のみ記入 〒 - 電話 ()				
奨学金受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (貸与を受けている組織名: 貸与開始年:平成・令和 年)				
奨学金同時受験 (5月選考のみ)	<input type="checkbox"/> 同時受験する 横浜市立病院で実習経験がある場合、病院名に「✓」する <input type="checkbox"/> 市民病院 <input type="checkbox"/> 脳卒中・神経脊椎センター				
免許業務に関係あるもののみ	取得・見込み				免許番号
	看護師	昭和・平成・令和 年 月	取得・見込み		
	助産師	昭和・平成・令和 年 月	取得・見込み		
	保健師	昭和・平成・令和 年 月	取得・見込み		
学歴 (高等学校から順に記載)	在学期間		学校名	学部・学科	修学年数 卒・見込等
	自 S・H・R 年 月				年 卒業・見込修了・中退
	至 S・H・R 年 月				年 卒業・見込修了・中退
	自 S・H・R 年 月				年 卒業・見込修了・中退
	至 S・H・R 年 月				年 卒業・見込修了・中退
	自 S・H・R 年 月				年 卒業・見込修了・中退
職歴 (看護業務以外の職歴も全て記入)	在職期間		勤務先	職務内容	雇用形態 所在地
	自 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	至 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	自 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	至 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	自 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	至 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	自 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	至 S・H・R 年 月				正職その他 ()
	自 S・H・R 年 月				正職その他 ()
至 S・H・R 年 月				正職その他 ()	
健康状況	進学の希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		併願受験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
採用時期	<input type="checkbox"/> 令和2年4月1日から採用に応じられる <input type="checkbox"/> < 月以降であればいつでも採用に応じられる。 ※採用日は原則毎月1日				

YOKOHAMA NURSE / Yokohama Municipal Citizen's Hospital / Yokohama Brain and Spine Center / 20

キリトリ

令和元年度 横浜市看護職員採用選考受験申込書

受験番号
※

配属先の希望	<input type="checkbox"/> 市民病院 <input type="checkbox"/> 脳卒中・神経脊椎センター <input type="checkbox"/> いずれでもよい		
志望動機	(横浜市立病院を志望する理由を詳しく記入してください。)		
	志望動機に該当する項目を選択し、()に志望動機の順位を記入してください。 () a よい看護を実施しているため () e 施設設備が整備されているため () b 高度な医療を実施しているため () f 待遇(給与・福利厚生・休暇・災害補償等) () c 専門領域の看護を実践したいため () g 通勤に便利のため () d 教育研修が充実しているため () h 地方公務員のため		
これまでに最も力を入れて取り組んだこと ※これまで培った能力・技術、最も力を入れて取り組んだことや困難の乗り越え方等、具体的に記入してください。			
性格	(長所)	(短所)	
資格 検定等	※看護で生かせるものがあれば記入してください。		趣味
自己PR			
受験資格確認・署名欄	*下欄の内容を確認のうえ、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、この選考の受験を申し込みます。 また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。 ・ 看護師免許または助産師免許を、取得済み若しくは令和元年度中に取得見込みです。 ・ 令和2年4月1日時点で60歳未満です。(昭和35年4月2日以降生まれです。) ・ 夜勤も含めた交替制勤務が可能です。 ・ 地方公務員法第16条に規定する欠格条項(※下記参照)に該当していません。		
令和 年 月 日 署名			

配属を希望する病院を選択します。
2病院どちらの配属でも良い場合は、“いずれでもよい”を選択してください。

市立病院の志望理由について、詳しく記載してください。

該当する志望動機について、順位を記載します。
当てはまらない理由については、何も記載しなくても構いません。

受験資格の要件を確認し、記載日・氏名を記載します。

キリトリ

※地方公務員法第16条により、次のひとつでも該当する方は受験できません。
 ・ 成年被後見人又は被保佐人(民法の一部を改正する法律(平成11年法律第149号)附則第3条第3項の規定により従前の例によることとされる者を含む)
 ・ 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
 ・ 横浜市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
 ・ 日本国憲法執行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

