受 験 願 書

写真を貼る位置
・縦 36～40 mm ・横 24～30 mm ・本人脱帽単身 ・胸から上 ・裏面に氏名記入

職　種	看護師　・　保健師	令和　　年　　月　　日 現在
氏　名	ふりがな	性 別
		男　・　女
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 生　　歳 (令和7年4月1日現在)	
現住所	ふりがな 〒	
連絡先	携帯番号（　　－　　－　　）	電話番号（　　－　　－　　）
	e-mail ：　　@	
上記以外の連絡先(実家等)	〒	電話番号（　　－　　－　　）
資格・免許(医療・福祉関係)	◎看護師免許　　年　　月	□登録　□見込
	◎保健師免許　　年　　月	□登録　□見込
	年　　月	□登録　□見込
	年　　月	□登録　□見込
	年　　月	

学歴(高等学校以上、大学等については学部・学科も記入)	在学(予定)期間	
	年　月 ～　年　月	卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込
	年　月 ～　年　月	卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込
	年　月 ～　年　月	卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込
	年　月 ～　年　月	卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込
	年　月 ～　年　月	卒業 ・ 中退 ・ 卒業見込

職歴(勤務先名称)	在職期間	職歴(勤務先名称)	在職期間
	自:　年　月　日		自:　年　月　日
	至:　年　月　日		至:　年　月　日
	自:　年　月　日		自:　年　月　日
	至:　年　月　日		至:　年　月　日
	自:　年　月　日		自:　年　月　日
	至:　年　月　日		至:　年　月　日

趣　味		特　技	
得意科目・分野		自覚している性格	

自己PR

学生生活(既卒者は就業経験)を通じて得たこと

志望動機及び希望看護領域(将来の希望を含む)

配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数
有　・　無	有　・　無	(配偶者を除く)　　人

記入上の注意　1.鉛筆以外の黒の筆記具で記入する。

2.数字はアラビア数字で、文字はくずさず自筆で正確に書く。