

令和8年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
8月 看護師（正規職員）採用試験受験申込書

試験希望日 (応募状況によっては、希望日以外の日に受験いただく場合がございます。)	☐ 第1回試験 令和8年8月18日(火)	<table border="1"> <tr> <th>第1希望</th> <th>第2希望</th> <th>第3希望</th> <th>勤務地区分</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>福祉施設等(施設名:)</td> </tr> </table>				第1希望	第2希望	第3希望	勤務地区分				リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)				リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)				福祉施設等(施設名:)
		第1希望	第2希望	第3希望	勤務地区分																
					リハビリテーション西播磨病院(たつの市新宮町光都)																
					リハビリテーション中央病院(神戸市西区曙町)																
			福祉施設等(施設名:)																		
☐ 第2回試験 令和8年8月26日(水)																					
※希望する勤務地区分の欄に○を記入してください。																					
採用希望日	☐ 令和9年4月1日付採用 ☐ 令和8年度中途採用(希望日:)																				

フリガナ			性別	受験番号※
氏 名			男・女	
生年月日	S・H	年 月 日生(令和9年4月1日時点 満 歳)	配偶者 有・無	扶養家族数 人
フリガナ				写真を貼ってください (4.0cm×3.5cm) 申請以前3箇月以内の 写真で上半身・無帽・ 正面向き
現住所 (通知先)	〒 TEL () — —			
フリガナ				
連絡先 (現住所以外に 連絡を希望する 場合)	〒 TEL () — —			
携帯電話				
E-mail	PC			
	Mobile			

※受験番号欄は記入しないでください。

学歴 最終学校から順に記入(在学中の学校名も記入してください)	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区分
		年 月から 年 月まで 年	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで 年	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで 年	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで 年	卒業

職歴 (新しい職歴から 順に記入)	勤務先	在籍期間	担当業務
		年 月 から 年 月 年 月 まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員	☐ パート ☐ その他()
		年 月 から 年 月 年 月 まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員	☐ パート ☐ その他()
		年 月 から 年 月 年 月 まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員	☐ パート ☐ その他()
		年 月 から 年 月 年 月 まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員	☐ パート ☐ その他()
		年 月 から 年 月 年 月 まで	
	☐ 正社員 ☐ 契約社員	☐ パート ☐ その他()	

基本的な パソコンスキル	☐ Word ☐ Excel
	※基本的な操作ができるものにチェックを入れてください。

資格免許	名称	取得(見込)年月日	区分
	普通自動車免許	年 月	取得・取得見込
	看護師免許	年 月	取得・取得見込
		年 月	取得・取得見込

私は、看護師採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 印 (必ず署名・押印してください)