

独立行政法人国立病院機構埼玉病院 看護職員募集要項

～平成30年度採用試験のご案内～

連絡・照会先

独立行政法人国立病院機構埼玉病院
管理課給与係 看護職員採用担当者

〒351-0102 埼玉県和光市諏訪 2-1
TEL:048-462-1101 FAX:048-464-1138

第3回 看護職員 募集要項

1. 応募方法

(1) 提出書類（提出された書類は、一切返却いたしませんので予めご了承ください。）

■看護師

平成30年3月卒業見込の方	看護師資格を有する方
①採用試験受験願書（別添様式） ②看護学校等の卒業見込証明書 ※看護学校2年課程を卒業見込の方は、准看護師免許（写）を添付して下さい。 ③看護学校等の成績証明書	①採用試験受験願書（別添様式） ②看護師の免許証（写） ③看護学校等の卒業証明書または卒業証書（写）

■助産師

平成30年3月卒業見込の方	助産師資格を有する方
①採用試験受験願書（別添様式） ②助産学校等の卒業見込証明書 ③助産学校等の成績証明書 ④看護師免許証（写）	①採用試験受験願書（別添様式） ②助産師及び看護師の免許証（写） ③助産学校等の卒業証明書または卒業証書（写）

(2) 提出先

〒351-0102

埼玉県和光市諏訪2-1

独立行政法人国立病院機構埼玉病院 給与係長 大串宛

郵送の場合は、「看護職員採用試験応募書類在中」と朱書きして下さい。

(3) 願書受付期間（受付〆切日）

平成29年8月25日（金）必着

2. 採用試験日等

(1) 試験日程

平成29年9月4日（月）

(2) 集合時間

予定：午前9時20分（受験票に記載）

注）受験票が採用試験日2日前までに届かない場合は、当院までご連絡願います。

TEL 048-462-1101 給与係長 大串

3. 試験会場

独立行政法人国立病院機構埼玉病院 大会議室

4. 試験内容

小論文及び面接試験

※小論文は800字程度とし、課題は試験当日に発表する。

5. 内定通知等

試験日から概ね2週間後に当院から内定通知又は不合格通知を発送する予定です。

6. 個人情報の取扱いについて

受験のため当院へ提出していただく書類の個人情報については、以下の目的のために利用させていただくことがありますので、あらかじめご承知下さい。

- (1) 看護職員採用試験実施のため
- (2) 試験の結果又は内定通知書の送付のため
- (3) 受験者名簿作成のため
- (4) 採用予定者名簿の作成のため
- (5) 関東信越グループ管内病院での採用手続きのため
- (6) 採用後の人事情報管理のため
- (7) 採用試験実施状況資料作成のため

個人情報の管理につきましては、当院において万全の管理をいたします。

また、上記の利用目的以外の目的に利用することは一切いたしません。

提出いただいた個人情報に修正が生じた場合は、当院までご連絡願います。

7. 問い合わせ先

本試験に関する問い合わせは下記までお願いいたします。

独立行政法人国立病院機構埼玉病院 管理課給与係長 大串

TEL 048-462-1101 (代表)

整理番号 ※

国立病院機構(関東信越グループ)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

- ・上半身脱帽単身
- ・6月以内に撮影したもの

受験職種	1. 助産師 2. 看護師 (希望職種に○)		
ふりがな 氏名			男女 印
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
現住所	(〒 -)	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
その他 連絡先	(〒 -)	その他連絡先 (電話)	
《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》			

【免許・資格】

取得年月	免許又は資格等	取得年月	免許又は資格等

【学 歴】

年 月	学 歴 (卒業学校名・学部・学科等〔高等学校卒業後から記入〕)

【職 歴】

就職年月日	退職年月日	職 歴 (勤 務 勤 先 名 称、勤 務 場 所 等)

【健康の状況】

現 在 の 状 況

【希望される試験】

第____回 看護職員採用試験 (試験会場: 埼玉病院)

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください

受験施設 ※

国立病院機構(関東信越グループ)採用試験受験願書

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

- ・上半身脱帽半身
- ・6月以内に撮影したもの

受験職種	1. 助産師 (2) 看護師 (希望職種に○)	
ふりがな 氏名	かんとう はなこ 関東 花子	男 (女) 印
生年月日	昭和・平成 4 年 6 月 1 日 (満 24 歳)	
現住所	(〒152-0000) 東京都〇〇区〇〇〇〇〇	連絡先電話番号 (自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
その他 連絡先	(〒810-0000) 福岡県〇〇市〇〇〇〇〇 《実家等現住所以外に連絡を希望する場合のみ記載》	その他連絡先 (電話) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【免許・資格】

取得年月	免許又は資格等	取得年月	免許又は資格等
H28 4	看護師免許		

【学 歴】

年 月	学 歴 (卒業学校名・学部・学科等 [高等学校卒業後から記入])
H24 3	埼玉県立〇〇高等学校 普通科 卒業
H25 4	〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 入学
H28 3	〇〇〇〇病院附属〇〇看護学校 看護科 卒業

【職 歴】

就職年月日	退職年月日	職 歴 (勤 務 勤 先 名 称、勤 務 場 所 等)
H24 4 1	H25 3 31	〇〇会社 〇〇職勤務
H28 4 1		〇〇病院 〇〇病棟勤務

【健康の状況】

現 在 の 状 況
良 好

【希望される試験】

第 〇 回 看護職員採用試験

自己PR、志望動機、将来の希望等について記入してください

受 験 願 書 記 載 要 領

受験を希望する方は、下記の事項に注意し受験願書に誤りが無いように記載してください。

項 目	記載要領
整 理 番 号	・ 記入しないこと。
受 験 職 種	・ 採用希望する職種の番号に○を付してください。
氏 名	・ ふりがなを必ず記載してください。
性 別	・ ○を付してください。
生 年 月 日	・ アラビア数字で記載してください。 ・ 年齢は願書提出時の年齢を記載してください。
現 住 所	・ 合否等を連絡する場合の、郵便番号、住所、電話番号を記載してください。 (連絡がとれる電話番号を記載してください。)
その他の 連絡先	・ 上記以外に連絡を希望する場合のみ記載してください。
免 許 資 格	・ 医療に関係のある資格・免許（准看護師免許等）を記載してください。
学 歴	・ 高等学校以上の学歴を記載してください。 ・ 大学等の場合は学部・学科も記載してください。 ※学校名は正式な学校名を記載してください。
職 歴	・ 職歴のある方は全て記載してください。
健康の状況	・ 現在の健康状況を記載してください。 ※治療中の場合は疾患名等を記載してください。