

受 付 印

令和 7 年度小田原市立病院看護師等奨学生採用試験申込書

受験番号

試験日	令和 7 （2025） 年 10 月 17 日 （金）
区分 (いずれかに○を記入)	看護師 ・ 助産師
修学生活資金の希望の有無 (いずれかに○を記入)	有 ・ 無

ふりがな 1 氏 名	男・女	写 真 上半身脱帽 3ヶ月以内撮影 縦 5 cm×横 4 cm
2 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳) ※受験日現在	
3 国 籍	ア 日本国 イ ()	
4 現 住 所	〒 電話 携帯電話	
5 連 絡 先	現住所以外の場所に連絡（受験票等送付）を希望される方のみ記入してください。 〒 電話	

6 学 歴 (高等学校から順に記載してください。)

学 校 名	学部学科名	課程区分	所 在 地 (都道府県及び市町村名)	期 間 (西暦で記入)	修学区分
		一部・二部 通信 全日・定時		年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込
		一部・二部 通信 全日・定時		年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込
		一部・二部 通信 全日・定時		年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込
		一部・二部 通信 全日・定時		年 月から 年 月まで	卒業・中退 卒業見込

7 職 歴 (これまでに就職した場合には、古い順にもれなく記入してください。)

※勤務日数欄は雇用形態が正社員以外のかたが御記入ください。

勤 務 先	職務内容	雇用形態	勤務日数 ※	所 在 地 (都道府県及び市町村名)	期 間 (西暦で記入)	退職理由
		正社員 それ以外	/週		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外	/週		年 月から 年 月まで	
		正社員 それ以外	/週		年 月から 年 月まで	

(裏面も記入してください。)

8 資格・特技 保健師、助産師、看護師、准看護師等を記入してください（取得見込を含む。）。					
取得年月日（西暦で記入）			資 格 ・ 特 技		
年 月 日 取得・取得見込					
年 月 日 取得・取得見込					
年 月 日 取得・取得見込					
年 月 日 取得・取得見込					
年 月 日 取得・取得見込					
9 性 格	【セールスポイント】		【ウィークポイント】		
1 0 趣味・特技					
1 1 学生生活で力を入れていること					
1 2 健康に関すること 次の質問に回答してください。					
(1) 大きな病気をしたことがありますか。 ア ある（ ）イ ない					
(2) 治療中の病気はありますか。 ア ある（ ）イ ない					
(3) 服用中の薬はありますか。 ア ある（ ）イ ない					
1 3 家族構成を以下に記入してください（本人を除く）。					
氏名	続柄	生年月日	配偶者の有 無	職業	年収
		年 月 日	有・無		円
		年 月 日	有・無		円
		年 月 日	有・無		円
		年 月 日	有・無		円
		年 月 日	有・無		円
1 4 進学希望 ☐ 有 ・ ☐ 無 発表時期： 月			1 5 併願病院 ☐ 有 ・ ☐ 無 発表時期： 月		