



プレビュー 豊橋市民病院 職員採用試験（令和7年度新規採用 助産師・看護師 第1回）

豊橋市民病院 職員採用試験（令和7年度新規採用 助産師・看護師 第1回）

申込職種 必須

- 助産師
 看護師

選択解除

【採用試験において配慮すべき事項について】

障害のある方は以下の項目にご回答ください。

試験において配慮すべき事項について記入してください。

(例) 当日は車いすを使用します。
難聴のため、面接時は筆談をお願いします。 など

顔写真 必須

顔写真のデータを添付してください。

※データ形式はJPEG・PNG・GIFのいずれかで、5MB以内とすること。
《縦560px(ピクセル)×横420px(ピクセル)を推奨》

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

削除

写真撮影日 必須

申込日の6か月以内に撮影したもの

 年 月 日**氏名 必須**氏: 名: **氏名（フリガナ） 必須**氏 名 **性別**

- 男
 女

選択解除

生年月日 必須 年 月 日**令和7年4月1日時点の年齢 必須**

令和7年4月1日時点の年齢を記入して下さい。

満 歳

国籍（外国籍の方のみ）

現住所（郵便番号） **必須**

郵便番号

現住所 **必須**

書類送付先となる住所を記入してください。
(都道府県・市町村・地名・番地)

住所

現住所（建物名・号室）を入力してください。

上記以外の連絡先住所（郵便番号）

現住所以外の連絡先があれば記入してください

郵便番号

上記以外の連絡先住所

住所

上記以外の連絡先住所（建物名・号室）を入力してください。

電話番号（1） **必須**

ご自身の携帯番号を記載してください。

電話番号

電話番号（2）

その他、連絡先があれば記載してください。

電話番号

メールアドレス **必須**

メールアドレス

採用職種養成学校への入学について **必須**

採用職種養成学校へ特定の地域で就職をすることを条件に、奨学金等を借りるなどして入学をしているかどうかの質問です。
※該当がなければ「地域枠でない」を選択してください。

選択してください

学歴

高等学校以上の情報を入力してください。※高等学校含む

【最終学歴】

学校名 **必須**

学部

学科

在籍期間（始期） **必須**

年 月 日

在籍期間（終期） **必須**

年 月 日

区分 **必須**

選択してください

【最終学歴前の学歴】

学校名

学部

学科

在籍期間（始期）

年 月 日

在籍期間（終期）

年 月 日

区分

選択してください

【その前の学歴】

学校名

学部

学科

在籍期間（始期）

 年 月 日

在籍期間（終期）

 年 月 日

区分

職歴

直近の職歴から順番に記入してください。

【職歴 1】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

 年 月 日

在職期間（終期）

 年 月 日

区分

【職歴 2】

勤務先名称

職務内容

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期） 年 月 日**在職期間（終期）** 年 月 日**区分** ▼**【職歴3】****勤務先名称****職務内容**

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期） 年 月 日**在職期間（終期）** 年 月 日**区分** ▼**【職歴4】****勤務先名称****職務内容**

(25文字以内)

所在地

所在地は市町村までを記入してください。
(例) 愛知県豊橋市

在職期間（始期）

年 月 日

在職期間（終期）

年 月 日

区分

資格

普通自動車運転免許の有無（中型免許も含む） 必須

普通自動車免許取得（見込）年月日 選択肢の結果によって入力条件が変わります

年 月 日

その他の資格

主な資格を記載してください。（最大5つまで） 申込要件となる資格については必ず記入してください。

資格・免許 1

資格（免許）取得（見込）年月日 1

年 月 日

資格・免許 2

資格（免許）取得（見込）年月日 2

年 月 日

資格・免許 3

資格（免許）取得（見込）年月日 3

年 月 日

資格・免許 4

取
得済（または取得見込）

資格（免許）取得（見込）年月日 4

年 月 日

趣味・特技 **必須**

※システムの都合上、簡条書きで5つまで

入力文字数： 0 / 50

自覚している性格 **必須**

100文字以内
※システムの都合上、改行は1回までとしてください。

入力文字数： 0 / 100

志望理由 **必須**

数ある病院、医療施設の中で、なぜ豊橋市民病院で働きたいのか、あなた自身の理由を記入してください。（400文字以内）
※システムの都合上、改行は3回までとしてください。

入力文字数： 0 / 400

自己PR **必須**

これだけは他人に負けないと思う部分を分析し、理由をつけて説明してください。（400文字以内）
※システムの都合上、改行は3回までとしてください。

欠格条項の確認 **必須**

私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しません。

準禁治産の宣告について **必須**

私は、平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けていません。（心神耗弱を原因とするもの以外）

入力事項の確認 **必須**

この申込みのすべての入力事項に相違ありません

閉じる

【システム操作に関するお問い合わせ先（コールセンター）】
TEL: 0120-464-119（フリーダイヤル）
携帯電話を御利用の場合は TEL: 0570-041-001（ナビダイヤル）
（平日 9:00~17:00 年末年始除く）
FAX: 06-6455-3268

電子メール: help-shinsei-aichi@s-kantan.com
(迷惑メール対策等を行っている場合には、help-shinsei-aichi@s-kantan.comからのメール受信が可能な設定に変更してください。)

【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】
直接担当課にお問い合わせください。