

2026(令和8)年度 看護職員採用試験応募フォーム

愛媛大学医学部附属病院では、応募者に係る個人情報、採用選考に係る業務、採用後の雇用管理に係る業務及びそれらに付随する業務にのみ利用し、利用目的の達成に必要な範囲で取得いたします。
取得した個人情報は、個人情報の保護に関する法律及び国立大学法人愛媛大学の関係規程に定めるところにより、適切に管理いたします。

同意いただける場合は、下記にチェックいただき、次に進んでください。

必須

☐ 同意する

【応募区分】

必須

☒ 新規卒業者 ☐ 既卒業者

新規卒業者とは、現在、看護師または助産師養成課程に在学中であり、2026（令和8）年3月に卒業予定の方をいいます。

【試験希望日】

必須

☐ 2025/05/31(土) ☐ 2025/06/01(日) ☒ いずれの日でも可

【氏名等】

必須 姓（漢字等）

必須 名（漢字等）

必須 姓（ふりがな）

必須 名（ふりがな）

必須 生年月日

必須 性別

☐ 男 ☐ 女 ☒ 回答しない

必須 顔写真

ファイルを選択 最大10MB



縦4cm×横3cm推奨。アップロードできるファイル形式は、jpeg、jpgまたはpng



【現住所】

必須 郵便番号

必須 住所（都道府県名）

必須 住所（市区町村等以降）

【連絡先】

必須 携帯電話番号

自宅等電話番号（任意）

必須 E-mail

試験の案内等を行う際に使用しますので、すぐに受信が確認できるメールアドレスに設定してください。

【学歴】

高等学校以降の学歴について記載してください。
5年制養成課程については、本科と専攻科を分けて記載してください。

	年（西暦） *	月 *		年（西暦） *	月 *	学校名 *	学
−			～				

+

【職歴】

職歴があれば記載してください。なお、一般のアルバイト等は記載の必要はありませんが、アルバイト等であっても看護職（准看護師、看護補助者を含む）のものは記載ください。

	年（西暦）	月		年（西暦）	月	在籍機関名	職
−			～				

+

【免許等】

必須 看護師免許

取得年（西暦）

取得月

有り

取得見込

取得予定無し

取得年（西暦）

取得月

免許保有者のみ

免許保有者のみ

必須

助産師免許

取得年（西暦）

取得月

免許保有者のみ

免許保有者のみ

必須

保健師免許

取得年（西暦）

取得月

免許保有者のみ

免許保有者のみ

その他の免許・資格
その他、本院での職務に関連があると思われる免許・資格を保有していれば以下に記載ください。ただし、運転免許については記載いただく必要はありません。

	免許等名称	取得年（西暦）	取得月
+			

【自己PR】

①あなたが考える「自分の強み・弱み」について記載ください。

必須

記載欄①

500字程度まで

②これまでのクラブ活動・文化活動などの体験や就業経験を通じて得たものについて記載ください。
※看護職（准看護師、看護補助者を含む）としての経歴を有する方は、担当業務（セクション等）や職場での自身の役割も併せて記載ください。）

必須 記載欄②

500字程度まで

③本院を志望した動機について記載ください。

必須

記載欄③

500字程度まで

以下、今後の雇用管理、来年度以降の採用活動に関して参考にさせていただきます。
回答内容は、今回の採用試験の合否には影響しませんので、率直に記載ください。

【採用可能時期】

既卒者の方は、本院への就職が可能な時期を記載ください。例）2026年4月、2025年10月以降 等

【他施設等への応募状況】

必須

他施設への就職、助産師課程・大学院等への進学希望の有無

無し

有り

上記で「有り」の場合は以下記載ください。

	区分	施設名	職種	状況
+	選択		選択	選択

【奨学金】

「特定の都道府県・地域、または特定の病院への就労が一定期間義務付けられている奨学金等」の受給の有無について記載ください。
※奨学金の返済により就労の義務が免除される奨学金を受給中であり、返済のうえ本院に就職希望の方についても「有」としてください。

必須 受給の有無

☒ 無し ☐ 有り

【交代制勤務】

本院では2交代制（一部、3交代制）をとっています。本院就労後の交代制勤務（夜勤）について記載ください。

必須 交替制勤務

「差し支え有り」の場合は理由を記載ください。

☒ 可 ☐ 差し支え有り

【職員宿舎】

採用後の職員宿舎（看護師宿舎）の入居希望について記載ください。
なお、女子単身者向け（ワンルームマンション）のみとなります。ご了承ください。

必須 宿舎希望

☒ 無し ☐ 有り

【家族構成】

必須 現在の家族構成（配偶者、子）

☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ なし

【郷里の住所】

必須 郵便番号

必須 住所（都道府県名）

必須 住所（市区町村等以降）

電話番号

【本院を志望した際に考慮した点】

必須

☐ 自宅が近いから ☐ 友人・知人からの紹介 ☐ 大学病院だから ☐ 教育体制 ☐ 多様な勤務体制

☐ 保育所がある ☐ 看護師宿舎がある ☐ ユニフォームが良い ☐ 先輩がいる ☐ 建物がきれい

その他（選択肢以外にあれば記載ください。）

以上で入力は終了です。「次へ」をクリックすると入力いただいた内容が確認できます。

回答