採用内定の皆様へ

～採用担当からのお知らせ～

1　はじめに

採用試験合格・採用内定おめでとうございます。青森県病院局へようこそ。
共に県民の皆様、患者様が安心できるよう良質の医療・サービスを提供していきましょう！
まずは、採用内定後に必要な書類は下記のとおりです。（提出期限は別途お知らせします。）

（その他、住居手当、通勤手当、共済組合（保険･年金）、厚生会等の手続きは、採用が近くなってから、給与課担当から別途お知らせします。）

2　必要書類（各１通）（※人事管理上必要な書類です。）

	医療技術		看護師	
	有資格者	資格取得見込者	有資格者	資格取得見込者
☐ プロフィール（所定の様式）			○	○
☐ 履歴書（所定の様式）	○	○	○	○
☐ 身上申告書（所定の様式）	○	○	○	○
☐ 国家資格の免許証の写し（A4ｻｲｽﾞ）	○		○	
☐ 国家資格の登録済証明書の写し（A4ｻｲｽﾞ）		○ 資格登録後		○ 資格登録後
☐ 健康診断書（所定様式）（自己負担）（採用前３か月以内有効）	○ 3か月以内	○ 3か月以内	○ 3か月以内	○ 3か月以内
☐ 最終学校の卒業（修了）証明書	○	○ 卒業後	○	○ 卒業後
☐ 最終学校の成績証明書（開封無効）	○	○ 卒業後	○	○ 卒業後
☐ 前歴証明書（所定の様式）	△ 該当ある場合	△ 該当ある場合	△ 該当ある場合	△ 該当ある場合
☐ 資格免許取得見込申告書（所定の様式）		○		
☐ 宣誓書（所定の様式）	○	○	○	○

※所定様式は、病院HP「採用情報」ページ下部にある「正職員内定者提出書類」からダウンロードしてください。

※ 卒業（修了）証明書について
・卒業見込の方は、最終学校卒業後速やかに卒業証明書及び成績証明書を提出してください。
・大学院修了見込の方は、大学と大学院の両方の提出が必要です。先に大学の卒業証明書及び成績証明書を提出し、後日修了後速やかに修了証明書及び成績証明書を提出してください。

※ 前歴証明書について
・有資格者は、勤務経歴に応じて初任給を決定しますので、国家資格取得後に勤務した勤務先から証明を受けてください。勤務1か所につき1通となります。なお、就学期間中の勤務は除きます。
・資格免許取得見込者は、令和9年4月1日付けで採用となりますが、免許登録済証明が確認されるまで行政職（事務）の給料表を適用しますので、職種に係る業務以外でも前歴があれば、前歴証明書を提出してください。勤務1か所につき1通となります。

3　必要書類の提出先・お問合せ

青森県病院局事業統括部（中央病院福利厚生課）
〒030-8553　青森県青森市東造道2-1-1（青森県立中央病院３階）
電話 ０１７-７５２-８６０５
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　kenbyo@pref.aomori.lg.jp

提出書類郵送の際、→切り取って宛名としてご使用下さい。

〒０３０－８５５３ 青森県青森市東造道２－１－１ 青森県病院局事業統括部 採用担当　行	〒０３０－８５５３ 青森県青森市東造道２－１－１ 青森県病院局事業統括部 採用担当　行

提出期限　令和９年８月３１日

プロフィール（看護師用）

採用準備のため必要な事項ですので、御記入のうえ期限までに提出してください。
（ユニフォームサイズ以外は、参考情報ですので、わかる範囲で結構です。）
（御記入いただいた個人情報は、人事管理の目的以外には使用しません。）

氏　名	

1　**今現在のキャリアプランをお聞かせください。**（将来目指したい看護師像、資格など）

□ ジェネラリスト □ スペシャリスト	

※必ずしも全員が希望通りの配属となるものではあ
2　今現在の配属希望をお知らせください。（裏面参考）りませんが、人事配属の参考とさせていただきます。

（第１希望）	（第２希望）

3　県の医療機関・福祉施設に勤めている親族がいますか？（いとこ以内）

有無	「有」の場合の施設名	氏 名	続 柄
有・無	□ 青森県立中央病院 □ 青森県立つくしが丘病院 □ あすなろ療育福祉センター □ さわらび療育福祉センター		

4【看護師資格を有する社会人のみ】 年度中途採用の希望はありますか？

有無	「有」の場合の希望時期	事情や理由など
有・無	□ 令和　　年　　月　　日 □ 未定	

5【資格免許を取得見込みの方のみ】 看護師以外に取得見込の資格があれば〇で囲んでくださ

資格
助 産 師 ・ 保 健 師 ・ そ の 他 〔　　〕

6　その他御意見、御希望などがありましたら、記入してください。

（健康上配慮が必要なものや、家庭の状況報告がある場合、こちらに記入してください。
（例）〇〇の皮膚アレルギーあり、〇の手術予定、〇月に結婚予定、〇月に出産予定）

提出先　〒030-8553 青森市東造道2-1-1　青森県病院局事業統括部　(電話)017-752-8605

（参考）

〇看護師が勤務する主な配属先

青森県立中央病院		
9階	東病棟	呼吸器内科、感染症病棟
	西病棟	脳神経外科、脳神経内科、総合診療部、高度治療部（HCU）
8階	東病棟	循環器内科、心臓血管外科 、心大血管リハビリテーション科
	西病棟	血液内科
7階	東病棟	耳鼻咽喉科･頭頸部外科、泌尿器科、婦人科、腎臓内科、緊急緩和病床
	西病棟	消化器内科
6階	西病棟	外科、呼吸器外科、形成・再建外科
5階	西病棟	整形外科、眼科、皮膚科、糖尿病・内分泌内科
4階	東病棟	新生児科（NICU、GCU）
	西病棟	小児科、整形外科、リウマチ膠原病内科、歯科口腔外科、消化器内科
	南病棟	産科（MFICU（母体･胎児集中治療管理室）、後方病床） 、婦人科
3階		看護管理室、看護企画班、手術部、集中治療部（ＩＣＵ）、人工透析室
1・3階		救命救急センター（ER、EICU）
1～2階		外来
1～3階		医療連携部、医療情報部、医療安全管理センター、感染管理センター
		治験管理室、サポーティブケアセンター

青森県立つくしが丘病院
精神科

※ 新採用者は、原則として県立中央病院の病棟に配属となります。

※ 必ずしも全員が希望通りの配属となるものではありませんが、毎年秋に配属希望をヒアリングします。

※原則、新採用者のつくしが丘病院配属はありません。

履歴書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな		性別
氏名	氏名登録に使用しますので正しく丁寧に書いて下さい。	※ 男・女
生年月日	※ 昭和・平成　　年　　月　　日生　　（満　　歳）	
本籍	※ 都・道・府・県	

写真を貼る位置

写真は６ヶ月以内に写したものとする

1. 縦35㎜×横24㎜
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな		電話
現住所	〒	・ ・
連絡先	（現住所以外に連絡を希望する場合又は本人が未成年の場合は記入） 〒 （　　方）	電話 ・ ・

年号	年	月	学歴・職歴・賞罰
			（学歴）　　中学校以上について記入のこと（中学校は卒業についてのみ記入）
			（職歴）

記入上の注意　１．鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入。　　２．※印のところは該当するものを○で囲む。
３．数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。　４．職歴は別紙添付でも可。

（裏面）

年号	年	月	学　歴　・　職　歴　・　賞　罰
			（賞罰）

年号	年	月	免　　許　　・　　資　　格

得意分野又は専門分野 （現在学生（新卒者）にあっては得意学科又は好きな学科）	健康状態
	本人希望記入欄（業務、勤務地など）
趣味、特技、運動、諸活動	

家　族　氏　名	続柄	年齢	家　族　氏　名	続柄	年齢

扶養親族数 （配偶者を除く）　　人	配偶者 ※　有　・　無	配偶者の扶養義務 ※　有　・　無

身　上　申　告　書

現住所		本籍地	市区町村名まで
氏　名		S. H.　　年　　月　　日生（　　歳）	

1.あなたが青森県の職員を志望した理由	
2.どんな仕事を希望しますか。又、その仕事に興味を持っていますか。	

3.今までの教育を受けた一切の教育機関（中学校以上）について、年代順に書いてください。
中途退学の場合は、その理由と退学当時の学年を備考欄に付記してください。

修学期間	教育機関名	所在地	専攻科目	備　考

4.学科は何が一番得意でしたか。 又、何が一番不得意でしたか。	得意な学科　： 不得意な学科：
5.どんな趣味をもっていますか。 又、持ちたいと思いますか。	

写　真
貼り付け
35㎜×24㎜

6.今までに他に就職したことがありますか。　　□ない　　□ある　↓
あればその在職のすべてについて年代順に書いてください。
勤務先名及び所在地は、特に詳細に書いてください。（給与算定上必要とします。）

在職期間	勤務先名	所 在 地	仕事の内容	給 与	退職理由
		TEL			
		TEL			
		TEL			

7.義務教育期間が経過した後職業に就かないでいた期間がある場合、職業中断中何をしていましたか。
１ヶ月以上にわたるアルバイト等漏れなく書いてください。（給与算定上必要とします。）

年　　月から　　年　　月まで	
年　　月から　　年　　月まで	
年　　月から　　年　　月まで	

（裏面）

8．特殊な技能がありますか。　　□ない　　□ある↓

取得資格免許の名称		取得年月日	

9．次に掲げる職能のうち、あなたが適していると思うものすべてを○で囲んでください。

ア．企画的職能　　イ．研究的職能　　ウ．審査的職能　　エ．秘書的職能
オ．指導的職能　　カ．教育的職能　　キ．医療的職能　　ク．折衝的職能
ケ．庶務的職能　　コ．計算的職能　　サ．肉体的職能　　シ．技能的職能

10．家庭の状況（配偶者がある場合は、配偶者、子、同居の親族その他生計を同一にしている者を、配偶者がない場合は、両親、兄弟、姉妹、同居の親族その他生計を同一にしている者を書いてください。）

氏　名	続柄	生年月日	職　業	健康状況	同居・別居	備考
		S.H.				
		S.H.				
		S.H.				
		S.H.				
		S.H.				
		S.H.				
		S.H.				

11．あなたの健康状態（該当するものをすべて○で囲み、又は記入してください。）

ア　極めて壮健である。
イ　壮健とまではいえないが病気はめったにしない。
ウ　病弱である。
エ　最近病気をしたことがある。　（病名：　　）
オ　最近病気をしたことがない。
カ　持病がある。　　（病名：　　）
キ　持病がない。
ク　その他特記事項　　（　　）

12．住宅関係について該当するものを○で囲んでください。

自宅　　借家　　借間　　下宿　　その他（　　）

		ある場合はその理由
13．拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者に該当しますか。	□ない　□ある	
14．青森県の職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しないものに該当しますか。	□ない　□ある	
15．人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者に該当しますか。	□ない　□ある	
16．日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入したことがありますか。	□ない　□ある	

この申告書に記載した事項は真実であることを誓います。

令和　　年　　月　　日

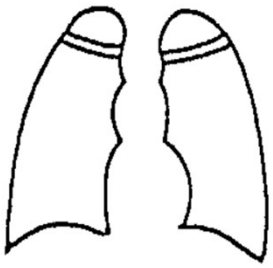
氏名　　印

注１　申告者の氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。
　２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。

健 康 診 断 書（採用時）

氏名		男 ・ 女	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）
住所			

既 往 症		血　　圧	（mmHg）	～
		貧血検査	血色素量　（g/dl）	
			赤血球数　（万/mm^3）	
自覚症状 他覚症状		肝 機 能 検　　査	ＧＯＴ　（IU/l）	
			ＧＰＴ　（IU/l）	
			γ－GTP　（IU/l）	
身長（cm）		血中脂質 検　　査	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（mg/dl）	
体重（kg）			HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（mg/dl）	
腹囲（cm）			ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ（mg/dl）	
視力　右	（　　）	血　糖　検　査	（mg/dl）	
視力　左	（　　）	尿 検 査	糖	－ ＋ ＋＋ ＋＋＋
聴力　右 1000Hz	所見なし　所見あり		蛋　　白	－ ＋ ＋＋ ＋＋＋
聴力　右 4000Hz	所見なし　所見あり	心 電 図 検　　査		
聴力　左 1000Hz	所見なし　所見あり			
聴力　左 4000Hz	所見なし　所見あり			

胸部X線写真所見	直接　　No 間接　　（撮影　年　月　日）  異常なし 異常あり	医師の診断	1. 健 康　2. 要観察　3. 要精検 4. 要治療（　　） 5. その他（　　）
		医師の意見	1. 就業の可否 (1) 通常勤務に耐える (2) 軽度の勤務には支障ない (3) 就業に支障あり 2. 就業上の注意事項

上 記 の と お り 診 断 し ま す。

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

医 師　　印

前　歴　証　明　書

青森県病院局　御中

氏　名		生年月日	S. H.　　年　　月　　日生
住　所			

在職期間	S. H. R　　年　　月　　日からS. H. R　年　　月　　日まで
最終の 所属（部、課名）	
最終の 地位及び職名	
従事した 仕事の内容	
勤務態様	ア　☐ 常勤　　☐ 非常勤　（いずれかにレ印を付けてください。） イ　勤務日数　　月平均　　日、週平均　　日 ウ　勤務時間　　１日約　　時間

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所の所在地

事業所名

代表者職・氏名　　印

担当者職・氏名

担当者連絡先（電話番号）

注１　代表者の氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。
　２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。