

分大医総人第5-15号
令和8年(2026年)3月5日

日本赤十字九州国際看護大学看護学部長 殿

大分大学医学部附属病院長

井原 健二



令和9年度(2027年度)看護職員(推薦枠)の募集について(依頼)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

かねてより、本学看護職員の採用につきましては、種々御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび下記のとおり推薦枠による募集を行うことといたしましたので、貴学学生の皆様へご案内いただくとともに、ご推薦いただきますようお願い申し上げます。

なお、履歴書、面接表及び推薦書の電子媒体が必要な場合は、下記担当係までご連絡願います。

謹白

記

1. 試験日程：令和8年5月30日(土)

※試験時間については試験実施通知にてお知らせします。

2. 試験内容：面接試験

3. 推薦枠：1名

4. 推薦条件：○令和9年3月卒業見込みの方

○看護職として活躍しようとする明確な目的意識を有する
心身ともに健康な方

○採用決定後に、本院への採用を確約できる方

5. 提出書類：①履歴書 ②推薦書 ③成績証明書(①②別添様式による、
ワード打ちでの提出も可能)

(注)提出に際しては、養成機関每一括してご送付願います。

また、提出書類はお返ししませんので予めご了承願います。

6. 推薦提出期限：令和8年4月30日(木)(必着)

大学内の締切：

7. 採用予定日：令和9年4月1日

4月8日(水)17時



連絡・問い合わせ先⇒大分大学医学・病院事務部総務課人事係 井上・足立
Tel:097-586-6129, 5150 Fax:097-586-5119 Mail:sojinji@oita-u.ac.jp

※受験番号 _____

履 歴 書 (看護職員用)

年 _____ 月 _____ 日現在

ふりがな		男・女
氏 名		印
生年月日 (西暦)	年 _____ 月 _____ 日生 (満 歳)	本籍地 都 道 府 県

写 真

3カ月以内に撮影した
写真を貼付ください。

4 センチ × 3 センチ

ふりがな	
現住所	□ □ □ - □ □ □ □
電話番号	E-mail
ふりがな	
連絡先(帰省先等)	□ □ □ - □ □ □ □
電話番号	(_____ 方呼出)

履 歴	学 歴 (西 暦)	年 _____ 月 _____	高校入学
		年 _____ 月 _____	
		年 _____ 月 _____	
		年 _____ 月 _____	
		年 _____ 月 _____	
		年 _____ 月 _____	
		年 _____ 月 _____	
履 歴	職 歴 (西 暦)	年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	
		年 _____ 月 _____ 日	

※受験番号欄以外の全てに記入してください。

資格等 （看護師、助産師、保健師等 取得見込のものについても記入する）	取得年月日（西暦）	資格等の名称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

注：看護師・助産師・保健師他免許取得者は、免許番号も記載してください。

補充欄（履歴・資格等の記入に利用ください。）

1. 志望の動機 (具体的に記入してください)
2. 研究発表等 (標題、学会、掲載誌名) ※卒業研究の内容について
3. 学校の委員会活動及びボランティア・サークルの社会活動 (活動の内容・期間等)
4. 自分をPRしてください。(性格、特技等)
5. 趣味、スポーツ
6. 健康状態、ストレス対処法

7. 将来の目標（今後のキャリアプランを視野に入れた将来像）

8-1. 希望部署を選択してください。（以下の中から第3希望までお選びください）

初任者はNICU/GCU・精神科・手術部・外来部門には配属していません。
それ以外の部署を記入してください。

- ・ 2階新病棟（整形外科）
- ・ 3階新病棟（心臓血管外科/呼吸器外科/放射線科）
- ・ 5階新病棟（耳鼻咽喉科・頭頸部外科/歯科口腔外科）
- ・ 6階新病棟（呼吸器内科/皮膚科/形成外科）
- ・ 7階新病棟（消化器外科）
- ・ 2階東病棟（脳神経外科/眼科）
- ・ 4階東病棟（小児科/小児外科）
- ・ 5階東病棟（腎臓外科・泌尿器科/麻酔科）
- ・ 6階東病棟（内分泌・糖尿病内科/腎臓内科/
膠原病内科/総合内科・総合診療科）
- ・ 7階東病棟（血液内科/腫瘍内科）
- ・ 3階西病棟（循環器内科）
- ・ 4階西病棟（産科婦人科/乳腺外科）
- ・ 6階西病棟（脳神経内科）
- ・ 7階西病棟（消化器内科）
- ・ 集中治療部
- ・ 高度救命救急センター

第1希望部署（ ）

第2希望部署（ ）

第3希望部署（ ）

8-2. 希望部署を選んだ理由について

9. その他御意見がありましたら記入してください。

職歴無しの記入例

推薦募集応募

※受験番号

履 歴 書 (看護職員用)

2026年 ○月 ○日現在

ふりがな いだい はなこ	氏名 医大 華子	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	写 真 3カ月以内に撮影した 写真を貼付ください。 4センチ × 3センチ
生年月日 (西暦) 2004年 5月 15日生 (満 22歳)	本籍地 大分 都 道 府 県		
ふりがな おおいたし○○○まち○-○ ○○はいつ○○○ごうしつ	現住所 8 7 0 - 0 0 0 0 大分市○○○町○-○ ○○ハイツ○○○号室		
電話番号 ○○○-○○○○-○○○○	E-mail ○○○○○○○○@oita-u.ac.jp		
ふりがな おおいたし○○○まち○-○	連絡先(帰省先等) 8 7 0 - 0 0 0 0 大分市○○○町○-○		
電話番号 (○○○) ○○○-○○○○	(方呼出)		

	2020年 4月	○○高等学校普通科入学
	2023年 3月	○○高等学校普通科卒業
	2023年 4月	○○大学○○部看護学科入学
	2027年 3月	○○大学○○部看護学科卒業見込み
	年 月	
	年 月	
職 歴 (西 暦)	年 月 日	なし
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※受験番号欄以外の全てに記入してください。

資格等 (看護師、助産師、保健師等 取得見込のものについても記入する)	取得年月日(西暦)	資格等の名称
	2027年 3月 日	看護師免許取得見込
	2027年 3月 日	保健師免許取得見込
	2027年 3月 日	助産師免許取得見込
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

看護師、保健師、助産師を
取得見込の場合も必ず記入
してください。

看護師・助産師・保健師他免許取得者は、免許番号も記載してください。

補充欄 (履歴・資格等の記入に利用ください。)

受験番号	※
------	---

令和9年度(2027年度) 大分大学医学部附属病院看護職員(推薦枠)採用試験推薦書

年 月 日

大分大学医学部附属病院長 殿

推薦者職名

推薦者氏名



下記の者は、推薦条件に該当するものと認め、推薦いたします。

記

ふりがな	氏名	性別	生年月日	昭和	年	月	日生
			平成				
			年齢	満	歳		
推薦理由							

(注) ※印欄は記入しないでください。
※「推薦理由」については、本院看護職員に推薦される理由を具体的に記入してください。