

採用希望病院票

※本紙は受験願書に必ず添付してください。

※	氏名
---	----

◎採用を希望する病院について、第1希望から第3希望まで、順位を記載してください。

希望 順位	病 院 名【募集職種】	希望 順位	病 院 名【募集職種】
	【茨城県】		【神奈川県】
	水戸医療センター【看】		横浜医療センター【看・助】
	霞ヶ浦医療センター【看・助】		久里浜アルコール症センター【看】
	茨城東病院【看】		箱根病院【看・准】
	【栃木県】		相模原病院【看・助】
	栃木病院【看・助】		神奈川病院【看・准】
	宇都宮病院【看】		【新潟県】
	【群馬県】		西新潟中央病院【看】
	高崎総合医療センター【看・助】		新潟病院【看】
	沼田病院【看】		さいがた病院【看】
	西群馬病院【看】		【山梨県】
	【埼玉県】		甲府病院【看・助】
	西埼玉中央病院【看・助】		【長野県】
	埼玉病院【看・助】		東長野病院【看・准】
	東埼玉病院【看】		まつもと医療センター【看】 (松本病院・中信松本病院)
	【千葉県】		信州上田医療センター【看・助】
	千葉医療センター【看・助】		小諸高原病院【看・准】
	千葉東病院【看】		【他ブロック】
	下総精神医療センター【看】		北海道東北ブロック ()
	下志津病院【看】		東海北陸ブロック ()
	【東京都】		近畿ブロック ()
	東京医療センター【看・助】		中国四国ブロック ()
	災害医療センター【看・助】		九州ブロック ()
	東京病院【看】		
	村山医療センター【看】		※ () 欄には病院名を記載してください。

宿舎希望の有無	有 ・ 無
---------	-------