

## エントリー方法

### 1 下記登録フォームから個人情報を登録

2026 年度看護職員採用試験を受験希望の方は、こちらから応募・登録をお願いします。

令和8年度看護職員採用試験登録フォーム



看護師・助産師 募集要項内にある、  
「令和8年度看護職員採用試験登録フォーム」をクリック。

## 令和8年度看護職員採用試験登録フォーム

以下の会員規約を確認し、上記会員規約に同意するから次の画面へお進みください。

※すでに登録済みの方は登録できません。

### 【独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービス 会員規約】

#### ○第1条（独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービスの定義）

「独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービス」（以下「会員サービス」とします）とは、独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ（以下「当社」とします）が提供するインターネット上の就職情報サービスのことをいいます。

#### ○第2条（会員）

（1）会員とは、就職活動を行う学生のうち、当社が定める方法によって「会員サービス」に登録を申し込み、当社がこれを承認した方をいいます。

（2）会員は、「会員サービス」における会員向けのサービスを受けることができます。

（3）会員は、入会の時点で本規約を承諾しなければなりません。会員が「会員サービス」を利用したときは、この会員規約を承認したものとみなします。

#### ○第3条（会員ID番号とパスワード）

上記規約の内容を確認し、よろしければ「上記会員規約に同意する」ボタンをクリックしてください。

上記会員規約に同意する >

登録フォームが開くので、会員規約を確認し、「上記会員規約に同意する」をクリック。

## 令和8年度看護職員採用試験登録フォーム

こちらのフォームから登録して頂くと、  
マイページご利用のためのID/パスワードをメールにてお知らせいたします。  
なおメールアドレスの記入間違いの無いようご確認の上、送信して下さい。

### 🔔 看護師・助産師志望の方へ

看護学校に現在所属されている方の学校情報の入力に関して、  
【学校名の頭文字】を入力してもあなたの学校名が出てこない時は、  
『リストにない学校』を選択後、下の入力バーに学校名を入力してください。

### 🔔 国立病院機構附属看護（助産）学校の方へ

学校区分：専門学校 を選択してください。  
設置区分：国立 を選択してください。  
頭文字を入力後、  
『リストにない学校』を選択のうえ、学校名を入力してください。

次の設問より、氏名や住所、学校情報などを入力いただきます。  
学校名を入力する設問で、【学校区分】、【設置区分】、  
【学校名の頭文字】を入力して学校を選択いただきますが、  
全国すべての学校・学部・学科が表示されるわけではありません。  
自分の学校や学部・学科が表示されない場合は、このページに記載されている例を参考に、入力をお願いいたします。

※ID作成のページのため、不明・なしの登録でもエントリーや合否には関係ありません。

### 🔔 学部・学科が表示されない場合

【学校区分：大学院の場合】

学部：研究科不明

学科：過程不明

【学校区分：大学の場合】

学部：学部不明

学科：学科不明

【学校区分：短期大学の場合】

学部：短大学部

学科：学科不明

【学校区分：高専の場合】

学部：学部なし

学科：学科なし

【学校区分：専門学校の場合】

学部：その他

学科：学科なし

ページの案内に従い、入力・選択してください。

基本情報

漢字氏名 **必須** 漢字姓  漢字名

カナ氏名 **必須** カナ姓  カナ名

性別 **必須**  男性  女性

生年月日 **必須** -- / -- / -- 年 月 日

郵便番号 \*  -    
 日本国外の場合

都道府県 \* (選択してください) ▾

現住所 **必須** 市区郡町村 \*

町域・番地 \*   
記入例 3-3-3

建物名・部屋番号   
記入例 〇〇〇マンション123号室

▼ 自宅電話番号・携帯電話番号のいずれかを必ずご記入ください

電話番号 **必須** 自宅電話番号 \*  -  -   
(半角) 例: 03-1234-XXXX

携帯電話番号 \*  -  -   
(半角) 例: 090-1234-XXXX

個人情報を入力  
してください。

現在の連絡先と同じ場合はチェックしてください。

現在の連絡先と同じ

郵便番号

\*  -

日本国外の場合

都道府県

\* (選択してください) ▼

休暇中の連絡先

**必須**

市区郡町村

\* 休暇中の連絡先(市区郡町村)

町域・番地

\* 休暇中の連絡先(町域・番地)

記入例 3-3-3

建物名・部屋番号

休暇中の連絡先(建物名・部屋番号)

記入例 〇〇マンション123号室

電話番号

\*  -  -

(半角) 例: 03-1234-XXXX

メールアドレス

**必須**

メールアドレス

確認用

入力ミス防止のため同じメールアドレスを2度ご記入ください。

メールアドレス2

メールアドレス2

確認用

入力ミス防止のため同じメールアドレスを2度ご記入ください。

個人情報を入力  
してください。

## 学校情報

学校区分 **必須**  大学院  大学  短期大学  高等専門学校  専門学校

設置区分 **必須**  国立  公立  私立  日本国外

学校名の頭文字 **必須**

学校検索

(全角カタカナ1文字<濁点含む>、日本国外の場合は空欄)

学校 **必須**

(上記より学校を検索してください。)

\* 学校は必須です

卒業(予定)年月 **必須**

-- <v> 年 -- <v> 月

ゼミ・研究室

ゼミ・研究室

クラブ・サークル

クラブ・サークル

学校区分、設置区分を選択し、学校名の頭文字(カタカナ)を入力して、学校を選択してください。自分の学校や学部・学科が表示されない場合は、3ページの例を参考に入力をお願いいたします。

## アンケート項目

設問 1 **必須** 希望の採用コースをお選びください。

(選択してください)

看護職を選択してください。

内容を確認し、よろしければ次の画面に進んでください。

次の画面に進む >

## アンケート項目

設問 1

必須

希望の採用コースをお選びください。

看護職

必須

希望の職種をお選びください。

※こちらのマイページは、下記選択肢の職種のみ受け付けております。

(選択してください)

必須

卒業区分の確認

あなたの卒業区分を選択してください。

新卒: 2026年3月ご卒業予定の方

既卒: 上記以前の卒業の方

(選択してください)

看護師もしくは助産師を選択してください。

内容を確認し、よろしければ次の画面に進んでください。

次の画面に進む >

新卒もしくは既卒を選択してください。

すべて入力しましたら、「次の画面に進む」をクリック。

## アンケート項目

設問 1

希望の採用コースをお選びください。

看護職

希望の職種をお選びください。

※こちらのマイページは、下記選択肢の職種のみ受け付けております。

看護師

卒業区分の確認

あなたの卒業区分を選択してください。

新卒: 2026年3月ご卒業予定の方

既卒: 上記以前の卒業の方

新卒

確認画面になりますので、下にスクロールし、パスワードを設定してください。

英小文字、英大文字、数字、記号のいずれか3種類以上組み合わせて、8文字以上50文字以内で作成してください。

パスワード

必須

パスワード

確認用

【確認用】入力ミス防止のため、もう一度入力してください。

パスワードは登録内容の変更や予約エントリーなどに必要となります。忘れないように保管してください。

内容を確認し、よろしければ「上記の内容で登録する」ボタンをクリックしてください。

「上記の内容で登録する」ボタンは1回だけクリックしてください。

< 前の画面に戻る

上記の内容で登録する >

入力内容を確認し、パスワードを入力したら、「上記の内容で登録する」をクリック  
メールにて個人IDとマイページのログインURLが送付されます。

## 2 マイページ画面でエントリーシートの作成・登録

---

エントリーシートの作成・登録はこちらから

マイページログイン画面 (2026)



看護師・助産師 募集要項内にある「マイページログイン画面(2026)」をクリックしてください。もしくは、送付されたメールに記載されたURLから「マイページログイン画面」に進んでください。



メールに記載されたIDとご自身で  
設定したパスワードを入力し、「規  
約に同意してログイン」をクリック  
してください。

ログイン

会員規約

ID・パスワードをお忘れの方

登録はこちら

利用環境について

会員規約を確認し、同意の上ログインしてください。

オリジナルID・パスワードでログイン

ID番号

パスワード

規約に同意してログイン

マイナビ会員ID・パスワードでログイン

マイナビ2026以外でエントリーされた方もマイナビボタン  
から再手続きすると、「マイナビ会員ID・パスワード」か  
らログインすることができます。

マイナビ

【独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービス 会員規約】

○第1条（独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービスの定義）

「独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ採用ホームページ会員サービス」（以下「会員サービス」とします）とは、  
独立行政法人国立病院機構 中国四国グループ（以下「当社」とします）が提供するインターネット上の就職情報サービスの  
ことをいいます。

このサイトはSSL（インターネット上のデータを第3者から読み取れないように通信を暗号化する技術）で保護されています。



マイページのトップ画面が表示されましたら、「統一試験WEB受験願書」をクリックし、エントリーシートの登録をお願いします。

トップ

レターボックス

統一試験WEB受験願書

【看護師・助産師】募集病院  
一覧

令和8年度採用看護職員  
募集要項

登録情報修正

お問い合わせ

トップ

○○さんへのメッセージ

●● ○○ 様

こんにちは。国立病院機構中国四国グループ 採用担当です。

WEB願書を受付中です。

●● ○○さん のご提出をお待ちしております。

【提出方法】

メニュー『統一試験WEB受験願書』より設問にお答えいただき、  
『上記の内容で登録する』ボタンを押してください。

【各病院の応募受付期間について】

病院により、応募受付期間が異なります。  
メニュー「【看護師・助産師】募集病院一覧」より、希望される病院の応募時期をご確認のうえ、  
WEB願書をご提出ください。

<応募受付期間>  
【A日程】  
4月1日（月）～  
5月14日（水）  
【B日程】  
5月7日（水）～  
6月18日（水）

## 統一試験WEB受験願書

WEBエントリーシートのご提出をお願いいたします。

**\*ご注意ください\***

一定時間更新がされない場合、強制ログアウト状態になります。  
回答の一時保存機能を活用されるか、  
質問内容を事前にご準備いただき回答いただくなど  
強制ログアウト状態にならないようご注意ください。

セッションの有効期限： 2024/12/09(月) 17:50:31

延長

設問 1 **必須** ※ 顔写真アップロードに際しまして下記注意事項をご確認の上、画像ファイルをアップロードください。

- ・写真はタテ表示となるようにアップロードしてください。
- ・アップロードすることのできるファイル形式は、.jpg、.jpeg、.pngのみとなります。その他のファイル形式の画像はアップロードできませんのでご注意ください。
- ・ファイルの推奨サイズは、縦560ピクセル、横420ピクセル、縦横比 4×3の比率です。
- ・ファイル名として使用できるのは、半角英数字(スペースや記号を除く)のみです。また、ファイル名に「.(ドット)」は使用しないでください。(拡張子のドットは除きます)
- ・単純に拡張子(ファイル名の最後の.\*\*)をjpg (jpeg) 等に書き換えただけではファイル名だけの変更となり、画像形式は変更されません。対応していない画像形式の場合は、お手数ですが、画像編集ソフトで画像を開き、「別名で保存」をし、ファイル形式でjpg (jpeg) を選択して保存してからアップロードしてください。
- ・アップロードできる画像サイズは最大4MBまでとなります。
- ・一部スマートフォンからはアップロードできない場合があります。その場合はPCよりアクセスしアップロードしてください。
- ・ブラウザの設定によってはうまくアップロードできない場合があります。その場合は、「firefox」や「google chrome」等他のブラウザでお試ください。
- ・締切日は回線が混み合うことが予想されますので、お早目に顔写真アップロードをお願いします。
- ・直前でのお問い合わせ等には対応できない場合もございますので、余裕をもって登録いただきますよう宜しくお願いします。

※ファイル容量、縦横サイズは以下にてご確認いただけます。

1. 画像ファイルを右クリック
2. プロパティをクリック

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

注意事項を確認し、顔写真の画像ファイルをアップロードしてください。

- ・画像が極端に小さい。
  - ・画像が横で登録されている。
- ようなことが多いのでご注意ください。

設問 2

**必須** 現住所の連絡先(郵便番号)について、入力ください。  
記入例：111-1111

**必須** 現住所の連絡先（住所のふりがな）について、入力ください。

**必須** 現住所の連絡先（住所）について、入力ください。

**必須** 現住所の連絡先（電話番号）について、入力ください。

入力された連絡先について、固定電話や携帯電話を持っておらず、  
第三者に取り次いでもらう必要がある場合は第三者の名字をご記載ください。

現住所の連絡先（携帯番号）について、入力ください。

個人情報については、登録  
フォームで一度  
入力いただいておりますが、再  
度入力してください。  
なお、ここで入  
力した情報が履  
歴書に記載され  
ます。

設問 3

現住所以外の連絡先(郵便番号)について、入力ください。

記入例：111-1111

現住所の連絡先以外（住所のふりがな）について、入力ください。

現住所以外の連絡先（住所）について、入力ください。

現住所以外の連絡先（電話番号）について、入力ください。

入力された連絡先について、固定電話や携帯電話を持っておらず、  
第三者に取り次いでもらう必要がある場合は第三者の名字をご記載ください。

現住所以外の連絡先（携帯番号）について、入力ください。

個人情報については、登録  
フォームで一度  
入力いただいておりますが、再  
度入力してください。  
なお、ここで入  
力した情報が履  
歴書に記載され  
ます。

設問 4 **必須** ◇学歴についてお伺いします

**【高等学校】**

高等学校名を回答ください。

**必須** 入学年月を回答ください。

 年  月

**必須** 卒業年月を回答ください。

 年  月

**必須** 区分をご回答ください。

卒業見込  卒業

- 転校している場合  
卒業した高等学校を記入してください。入学年月は最初に入学した高等学校の入学年月にしてください。
- 高卒認定試験を合格している場合  
高等学校名・・・・・・・・高等学校卒業程度認定試験合格  
入学年月、卒業年月・・・・どちらも合格証書に記載された年月  
区分・・・・・・・・卒業

設問 5

【2つ目】

高等学校を卒業された後に、進学した学校名を教えてください。

例：●●●●大学 ●●●●●学部 ●●●●専攻  
○○○○専門学校 ○○○○○コース など

入学年月を回答ください。

年 月

卒業年月を回答ください。

年 月

区分をご回答ください。

卒業見込  卒業

高等学校を卒業した後に、進学した学校について、最大4つ目まで登録することができます。

【3つ目】

さらにその後進学した先があれば学校名を教えてください。

入学年月を回答ください。

年 月

設問 6 **必須** ◆職歴についてお伺いします◆

これまでに就業経験はありますか。

有り  無し

職歴がある方は、「有り」を選択してください。

**必須** ～これまでに就業経験がおありの方むけ～

企業名や病院名をご回答ください。

3社以上ある場合は、直近の2社についてご回答をお願いいたします。

例：●●病院

株式会社●●●●

【1社目】

**必須** 入社年月を回答ください。

--  年 --  月

**必須** 退社年月を回答ください。

--  年 --  月

「有り」を選択した場合、これまでの職歴についてのメニューが展開するので、直近の2社について回答をお願いします。

**必須** 区分をご回答ください。

在籍中  退社予定  退社

【2社目】

設問 7

◆資格や免許についてお伺いします◆

医療・福祉関係に関する資格や免許があれば4つまで回答ください。

・1つ目の名称を回答ください。

取得年月を回答ください。

-- ▾ 年 -- ▾ 月

取得状況を回答ください。

取得済み  取得予定

・2つ目の名称を回答ください。

取得年月を回答ください。

-- ▾ 年 -- ▾ 月 \_\_\_\_\_

取得状況を回答ください。

取得済み  取得予定

医療・福祉関係の資格、免許について4つまで記入可能です。  
看護師（助産師）取得見込みの方は、  
名 称 看護師（助産師）  
取得年月 2026年3月  
取得状況 取得予定  
としてください。

- 設問 8 **必須** 印象に残った実習・臨床経験についてご記載ください。
- 設問 9 **必須** 趣味・特技などの自己PR（スポーツ・文化活動などを含む）についてご記載ください。
- 設問 10 **必須** 志望動機についてご記載ください。
- 設問 11 **必須** 従事したい診療科やその他希望することなどありましたらご記載ください。

設問8～11については、枠を準備しているので、それぞれご記載ください。

- 設問 12 **必須** 第一希望病院についてご選択ください。

- 鳥取医療センター【B日程】 ○ 米子医療センター【A日程】 ○ 松江医療センター【A日程】
- 浜田医療センター【A日程】 ○ 岡山医療センター【A日程】 ○ 南岡山医療センター【A日程】
- 呉医療センター【A日程】 ○ 福山医療センター【A日程】 ○ 広島西医療センター【A日程】
- 東広島医療センター【A日程】 ○ 賀茂精神医療センター【B日程】 ○ 関門医療センター【A日程】
- 山口宇部医療センター【A日程】 ○ 岩国医療センター【A日程】 ○ 柳井医療センター【A日程】
- とくしま医療センター東病院【A日程】 ○ とくしま医療センター西病院【A日程】
- 高松医療センター【B日程】 ○ 四国こどもとおとなの医療センター【B日程】
- 四国がんセンター【B日程】 ○ 愛媛医療センター【B日程】 ○ 高知病院【A日程】

第一希望病院を選択してください。採用試験は第一希望病院で受験いただきます。

第二希望病院についてご選択ください。

※第二希望病院については中国四国グループ以外の国立病院機構の病院を選択することが可能です。  
その場合はその他を選択し、病院名をご記載ください。

- 鳥取医療センター    米子医療センター    松江医療センター    浜田医療センター  
 岡山医療センター    南岡山医療センター    呉医療センター    福山医療センター  
 広島西医療センター    東広島医療センター    賀茂精神医療センター  
 関門医療センター    山口宇部医療センター    岩国医療センター    柳井医療センター  
 とくしま医療センター東病院    とくしま医療センター西病院    高松医療センター  
 四国こどもとおとなの医療センター    四国がんセンター    愛媛医療センター  
 高知病院    その他

第三希望病院についてご選択ください。

※第三希望病院については中国四国グループ以外の国立病院機構の病院を選択することが可能です。  
その場合はその他を選択し、病院名をご記載ください。

- 鳥取医療センター    米子医療センター    松江医療センター    浜田医療センター  
 岡山医療センター    南岡山医療センター    呉医療センター    福山医療センター  
 広島西医療センター    東広島医療センター    賀茂精神医療センター  
 関門医療センター    山口宇部医療センター    岩国医療センター    柳井医療センター  
 とくしま医療センター東病院    とくしま医療センター西病院    高松医療センター  
 四国こどもとおとなの医療センター    四国がんセンター    愛媛医療センター  
 高知病院    その他

第二・第三希望病院がある場合は、選択してください。第二・第三希望病院は中国四国グループ以外の国立病院機構の病院を選択することが可能です。その他を選択し、病院名を記入してください。

設問 13 **必須** 第一～第三希望病院で内定に至らない場合、他の病院からの選考採用試験（面接のみ）の案内を希望しますか。

希望します  希望しません

設問 14 **必須** 採用となった場合、宿舍を希望するかを選択ください。

有  無

一時保存する

確認画面へ進む >

採用時に宿舍を希望するか、しないかを選択してください。

最後に、「確認画面へ進む」をクリックし、登録作業を完了させてください。

選考採用試験に合格しても募集人数の関係で、希望病院に内定とならない場合があります。このようなとき、他の病院から選考採用試験（面接のみ）の案内を希望するか、しないかを選択してください。