

平成29年度 長崎県島原病院職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。  
長崎県島原病院

試験職種		受験番号	※	写真欄
ふりがな			性別	無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
氏名			男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月	
現住所	〒 - ( 様方)			
電話番号		携帯電話		
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 - ( 様方)			
電話番号				
学歴 (中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分
	(現在または最終)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	(その前)		自平・昭 年 月 月 至平・昭 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間
	(現在または最終)			自平成 年 月 月 至平成 年 月 月 (在職中・退職)
	(その前)			自平成 年 月 月 至平成 年 月 月
	(その前)			自平成 年 月 月 至平成 年 月 月
それぞれの職種の免許・資格		平成 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合、日付は不要です。		
その他の免許・資格	免許・資格の種類			取得年月日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日
				昭・平 年 月 日

受験の動機・自己PRなど		
得意な科目・研究課題		
クラブ活動・スポーツ・文化活動等		
趣 味 ・ 特 技		
健 康 状 態		
<p>私は、上記の採用試験を受験したいので申し込みます。          なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。          また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。</p> <p>平成    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">氏名(自署) _____</p>	受 付 印	※

**申込書記入上の注意**

- 1 □は該当するものをチェックしてください。
- 2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。