

平成30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				※	写真欄 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）
希望コース (看護師のみ)	※希望するコースを○で囲んでください。	第1希望 (1) 一般コース (2) 離島コース	第2希望 (1) 一般コース (2) 離島コース	受験番号	
ふりがな				性別	
氏名				男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (平成31年4月1日現在 満 歳)				
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。