

令和6年度 長崎県島原病院職員採用試験受験申込書

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の(過去6ヶ月以内に撮影した、縦4.0cm×横3.0cm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	(令和6年4月1日現在 満 歳)
現住所	〒 - (様 方)				
電話番号			携帯電話		
E-mail					
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 令・平 年 月 月 至 令・平 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
	(その前)		自 令・平 年 月 月 至 令・平 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・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月 (在職中・退職)	
	(その前)			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月	
	(その前)			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月	
それぞれの職種の免許・資格		令和 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	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 年 月 日	
				平・令 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>令和 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。