

長崎県島原病院医療技術修学生選考試験申込書

長崎県島原病院

試験職種	看護師		受験番号	※	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)
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	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
			自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容	在 職 期 間	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月 (在職中・退職)	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	
				自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	
その 他 の 免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類		取 得 年 月 日	取 得 年 月 日	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	

※には記入しないでください。

志望の動機・自己PRなど	
得意な科目・研究課題	
趣味・特技・クラブ活動・スポーツ・文化活動等	
健康状態	
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。	受付印
令和 年 月 日 氏名(自署) _____	※

**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。

※には記入しないでください。