

令和8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		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	
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	
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。
- 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。