

長崎県島原病院

試験職種		受験番号		※		写 真 欄		
ふりがな						性 別		
氏 名						男 ・ 女		
生年月日		昭和・平成		年 月 日 生		(令和9年4月1日現在 満 歳)		
現 住 所		〒 ー (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。) 〒 ー (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 至 令・平 年 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退	
	(その前)				自 令・平 年 月 至 令・平 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退	
	(その前)				自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退	
	(その前)				自 平・昭 年 月 至 平・昭 年 月		☐ 卒業 ☐ 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 至 平・令 年 月 (在職中・退職)	
	(その前)						自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	
	(その前)						自 平・令 年 月 至 平・令 年 月	
	(その前)						自 平・令 年 月 至 平・令 年 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、事実に相違ありません。	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。