

(助産師・看護師)

大田市立病院職員採用試験申込書

①試験区分 助産師・看護師		②実施区分 免許取得者・免許取得見込者		※受験番号	写真貼付 1. 写真は2ヵ月以内に撮影したもの 2. 写真サイズ (縦4.0cm×横3.0cm)	
③ ふりがな 氏名		④性別				
⑤ 生年月日		昭和	平成	年	月	日
⑥受験票・試験結果通知送付先住所(寮・アパート名等を明確に記入)						
〒		電話番号 ()		()方呼出		
ふりがな						
都道府県		市郡		区町村		番地
ふりがな アパート名等						
⑦現住所(⑥の送付先住所と異なる場合のみ記入。⑥と同じ場合は記入不要)						
〒		電話番号 ()		()方呼出		
ふりがな						
都道府県		市郡		区町村		番地
ふりがな アパート名等						
⑧学歴(中学校入学以降の期間を記入)						
在学期間			学校名・学部学科名等			
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
⑨職歴(職歴がある場合のみ記入)						
在職期間			会社名等		従事内容	
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
年 月		～ 年 月				
⑩資格・免許(受験資格の要件とされている免許・資格のみ記入)						
資格等の名称				取得(見込)年月日		
				平成	令和	年 月 取得 取得見込
				平成	令和	年 月 取得 取得見込

(注) 黒インク又は黒のボールペンを用い、自筆にて記入してください。

数字は算用数字を使用してください。

※欄は記入しないで下さい。

記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。