

地方独立行政法人明石市立市民病院
職員採用試験申込書

試験 NO	第 1・2・3・4(○を付けて下さい。)		
	採用希望日 平成 年 月 1日		
試験区分	看護師	受験番号	

ふりがな					生年月日	西暦	性別	男・女
氏名					年 月 日	年 月 日	性別	男・女
現住所	〒 — — — — —				Tel()— — — — —			
連絡先 (上記と異なるとき)	〒 — — — — —				Tel()— — — — —			
学歴	学 校	学部	学科	在 学 期 間	修 学 年 数 等			
	中 学 校			自 年 月 至 年 月	3 年制	卒 業		
				自 年 月 至 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込		
				自 年 月 至 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込		
				自 年 月 至 年 月	年制	卒 業・中 退 卒 業 見 込		
職歴	勤 務 先	所 在 地		担 当 内 容		在 職 期 間		
						自 年 月 至 年 月		
						自 年 月 至 年 月		
						自 年 月 至 年 月		
資格免許	名 称	取 得 年 月 日			他に受験している病院等	①[]		
	看護師免許	年 月 日				合否の時期 月 日頃		
		年 月 日				②[]		
		年 月 日				合否の時期 月 日頃		
		年 月 日			③[]			
		年 月 日			合否の時期 月 日頃			
身体障害	有 ・ 無 種 級 部 位 ()							

〔記入上の注意〕

- ・ 記入はすべて本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを使い、丁寧に記入してください。
- ・ 受験番号欄を除いて、該当する全ての欄に記入してください。
- ・ 記載内容に不正があると明石市立市民病院職員として採用される資格を失うことがあります。

