

地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験申込書

試験職種	受験番号	写真を貼る位置 (1) 写真は申込前6ヶ月以内に写した上半身脱帽正面のものを貼ってください。 (2) 写真の大きさは横4cm、縦6cmくらい。 (3) 受験票にも同じ写真を貼ってください。
看護師	※	
ふりがな	生年月日	
氏名	昭和・平成 年 月 日	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 満 歳 (H30.4.1現在)	

- ・性別は、いずれかにをつけてください。
- ・受験番号の欄には、記入しないでください。

現住所 〒 -	電話 () - 携帯 () -			
合格通知 〒 - の送付先	電話 () -			
E-mail アドレス (携帯可)				
学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	最終(又は現在)		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	最終前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	最終前々		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職 歴	勤務先	職種・職務内容	在職期間	
	現在(又は最終)		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	最終前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	最終前々		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	その前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	
	その前		昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	

- ・学歴欄の修学区分は、該当するいずれかにをつけてください。
- ・合格通知は郵送しますので、郵送先が現住所と異なる場合は、合格通知の送付先を記入してください。

免許・資格	看護師免許の取得年月日	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得見込		
		(登録番号)	<input type="checkbox"/> 取得		
	その他の免許・資格		取得年月日		
	(登録番号)		昭・平 年 月 日		
	(登録番号)	昭・平 年 月 日			
志望動機					
自己PR					
趣味・特技					
その他	通勤時間 約 時間 分	扶養家族数 (配偶者除く) 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	

- ・免許の取得年月日は、取得もしくは、取得見込のいずれかにチェック を入れてください。
- ・配偶者および配偶者の扶養義務欄には、いずれかに○をつけてください。

私は、地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験の受験を申し込みます。
 なお、私は次の各号 (1)~(4) 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に相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名
(自署)

- (1) 成年被後見人又は被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (3) 地方独立行政法人長崎市立病院機構職員又は長崎市職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (4) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

- ・記載事項に虚偽がある場合は、採用を取り消すことがあります。