



免許・資格	取得（見込）年月日	免許・資格の種類		
	年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> 取得	看護師免許	(登録番号 )	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
志望動機				
自己PR				
趣味・特技				
その他	最近の健康状態／ 既往症			
	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

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。  
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)

・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。