

平成30年度 長崎県対馬病院職員採用試験受験申込書

※欄は記入しないで下さい。
長崎県対馬病院

試験職種	1 助産師	2 看護師	受験番号	※	写 真 欄	
	※希望職種の番号を○で囲んで下さい。					
ふりがな				性 別	無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去3ヶ月以内に撮影した縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）	
氏 名				男 ・ 女		
生年月日	平成	・	昭和	年		月
現住所	〒 - (様 方)					
電話番号			携帯電話			
合格通知書送付先	(上記住所と異なる場合のみ記入して下さい。)					
	〒 - (様 方)					
電話番号			F A X 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		
	(最終)		自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退 <input type="checkbox"/> 卒 業 見 込		
	(その前)		自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退		
	(その前)		自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退		
	(その前)		自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退		
	(その前)		自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 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 ・ 昭 年 月 月 自 平 ・ 昭 年 月 月 (在 職 中 ・ 退 職 見 込)		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
	(その前)			自 平 ・ 昭 年 月 月 至 平 ・ 昭 年 年 月 月		
申込職種の資格取得年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日 取得				
そ の 他 の 免 許 ・ 資 格	免 許 ・ 資 格 の 種 類			取 得 年 月 日		
				平 ・ 昭 年 月 日		
				平 ・ 昭 年 月 日		
				平 ・ 昭 年 月 日		
				平 ・ 昭 年 月 日		

志 望 動 機	
自 己 P R	
趣 味	
特 技	
健 康 状 態	
<p>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、事実と相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏名（自署） _____ (印)</p>	<p>受 付 印</p>

申込書記入上の注意

- 1 口は該当するものをチェックして下さい。
- 2 インクまたはボールペンで、丁寧に漏れがないよう楷書で記入して下さい。
- 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。