

平成29年度市立福知山市民病院
職員採用試験受験申込書写
真
(40×30)

正

| | | | | |
|---|-----------------------|--------|------------------------|---------------|
| ふりがな | | | 受験番号 | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日等 | 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) | 性別 | 男・女 | |
| 現住所(何々方まで詳しく記入すること。) | | | | |
| 〒() TEL() - | | | | |
| 上記以外の連絡場所(現住所以外に連絡を希望する場合に記入すること。) | | | | |
| 〒() TEL() - | | | | |
| 受験票等の送付先(上記のうちいずれかに を) . | | | | |
| 試験区分 | 1. 看護教員 | | | |
| 免許・資格 | 取得年月日 | 免許・資格名 | | |
| | 昭・平 年 月 日 | | | |
| | 昭・平 年 月 日 | | | |
| 昭・平 年 月 日 | | | | |
| 学歴(予備校・専門学校についても記入すること。) | | | | |
| 学校名 | 学部・学科 | 所在地 | 在学期間 | 修学区分 |
| 中学校 | - | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | 卒業見込 卒業 |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | 卒業見込 卒業 中退 |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | 卒業見込 卒業 中退 |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | 卒業見込 卒業 中退 |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | 卒業見込 卒業 中退 |
| 職歴(現在勤務している場合は、備考欄に「現在」と記入すること。) | | | | |
| 勤務先 | 職務内容 | 所在地 | 在職期間 | 備考 |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | |
| | | | 昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで | |
| 私は、市立福知山市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この受験申込書の記載内容は事実と相違ありません。 なお、私は地方公務員法第16条の各号に該当していません。 | | | | |
| 平成 年 月 日 本人署名 _____ | | | | |