

平成30年度美祢市病院等事業職員採用試験受験申込書
【看護師】

写真貼付欄
・申込前6ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの
・縦4cm×横3cm

※受験番号	No.	受験区分	<input type="checkbox"/> 平成31年4月採用 <input type="checkbox"/> 平成30年度随時採用			
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 (歳)		
現住所	〒 - -		電話	- -		
受験票送付先	〒 - - (現住所と同じ場合は、「同上」とすること。)		携帯電話	- -		
合格通知送付先	〒 - -		E-mail			
学歴	学校名	学部・学科・専攻	所在地 (区市町村まで)	在学期間	修学区分	
	中学校			年 月から 年 月まで	卒業	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	
職歴	勤務先(部・課まで)	職務内容 (役職)	所在地 (区市町村まで)	在職期間	退職理由 ※在職中の場合は「在職中」と記入	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 年 月 年 月	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 年 月 年 月	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 年 月 年 月	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 年 月 年 月	
				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 年 月 年 月	
※職務経験がない場合は、勤務先欄に「なし」と記入してください。 ※職歴はすべて記載し、欄が不足する場合には継紙を貼付してください。						
資格・免許・検定試験等	名称	取得年月日	取得区分	名称	取得年月日	取得区分
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得見込

夜勤専従希望確認 ※希望の方は右記にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 夜勤専従を希望します。		
配属希望先 ※希望のある方は右記にチェックをしてください。配属の際の参考にします	<input type="checkbox"/> 美祢市立病院		<input type="checkbox"/> 美祢市立美東病院
応募動機			
自己PR			
趣味・特技		健康状態	
<p>私は次の各号のいずれにも該当しておりません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） 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者 3. 美祢市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 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者 <p>また、この申込書の記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日（申込書記載日） 氏名（自署） ㊞</p>			

【注意】
 ・青か黒のインク又はボールペンで記入してください。
 ・※欄は記入しないでください。
 ・該当する□に☑印をつけてください。
 ・記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。