

伊勢崎市(伊勢崎市民病院)
職員採用試験申込書 (看護師)

平成 年 月 日 現在

写真添付

- ・3ヶ月以内に撮影のもの
- ・上半身 無帽 正面
- ・縦4cm 横3cm

(記入方法) 次の各項目についてご記入ください。記入は黒インクで ていねい書き、項目内の該当する□の中にレ印をつけ てください。数字は算用数字を使用してください。 ※印のところは記入しないでください。 記載事項に不正がある場合は、採用資格を失うことがあ りますので特に注意してください。	※受付年月日			
	1. 受験職種 看護師	※受験番号 看 -		
ふりがな	性別	生年月日		
2. 氏名	男・女	昭和 平成 年 月 日生 ()歳		
ふりがな	電話番号			
3. 現住所 〒(-)	- -			
	携帯電話 - -			
ふりがな	電話番号			
4. 連絡先住所(現住所以外に連絡を希望する場合のみ) 〒(-)	- -			
5. 学歴(高校から記入してください。)				
学校名	学部科名	修学期間	年数	○で囲む
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
		年 月～ 年 月	年 月	中退 修了 卒業 卒業見込
6. アルバイト以外の職務上の経験について記入してください。 □就職なし				
勤務先(部課まで)	職務内容	期間	年数	退職理由
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
7. 免許・資格等を有する人は記入してください。(自動車運転免許等を含む。)				
資格等名称	免許等の記号番号	取得(合格)年月日		
		. .		
		. .		
		. .		
		. .		
☆取得予定の免許がある場合は区分にレ印をつけてください。		<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師

(表面)

8. 当院を志望した理由

9. あなたの目指す看護(看護観)

10. 本人希望記入欄(特に希望などがあれば記入)

11. 趣味・スポーツ

12. 特技

13. 得意な科目・分野

14. 健康状態

私は日本国籍を有するとともに、地方公務員法第16条の規定に該当していません。
また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自署)

印

(裏面)