平成27年度　市立舞鶴市民病院職員採用試験申込書

※受付番号

写真添付欄

写真は申込前３箇月以内に脱帽、正面向き、上半身を撮った縦４．５㎝、横３．５㎝のものをこの欄に貼ってください。

受験種別	□　看護師 □　准看護師	
ふりがな		性別
氏　名		男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
現住所	〒　　－ 電話：（　　）　　－	
緊急連絡先 （家族住所等）	〒　　－ 氏名：　　電話：（　　）　　－	

学　歴	学校名	学部・学科	在学期間	卒業等の別
最終			年　月～　年　月（　学年）	卒業・卒業見込・中退
その前			年　月～　年　月（　学年）	卒業・卒業見込・中退
その前			年　月～　年　月（　学年）	卒業・卒業見込・中退
その前			年　月～　年　月（　学年）	卒業・卒業見込・中退
その前			年　月～　年　月（　学年）	卒業・卒業見込・中退

職　歴	勤務先	職務内容	在職期間
最終（現在）			年　月～　年　月
その前			年　月～　年　月
その前			年　月～　年　月
その前			年　月～　年　月
その前			年　月～　年　月

資格・免許	

私は、市立舞鶴市民病院職員採用試験を受験したいので申し込みます。
私は、地方公務員法第１６条に該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項に相違はありません。

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■記入上の注意
１．記入事項に虚偽または不正があると、職員として任用される資格を失うことがあります。
２．※印以外の欄はもれなく自筆で記入してください。
３．記入は黒のペン又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
４．数字は算用数字を用いてください。該当する事項は〇で囲んでください。
５．学歴は中学校以上を記入してください。
６．学歴の「学部・学科」欄について、大学は学部名・学科名まで、高校は学科名まで記入してください。