

平成29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

| | | | | |
|---|---|-------|----------------|--|
| 受験種別 | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 | | | 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4.5cm、横3.5cmのものをこの欄に貼ってください。 |
| 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条に該当していません。 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○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。
 7. 記入欄が不足する場合は、別紙に記入してください。