

令和7年度 長崎県五島中央病院職員採用試験受験申込書

受験番号 ※		試験職種 (いずれかに○をしてください) 1. 助産師 2. 看護師 3. 認定看護師		採用条件(どちらかに○をしてください) 1. 令和8年4月1日採用 2. 中途採用(希望採用日を記載) 希望採用日: 令和 年 月 日	希望試験地 (いずれかに○をしてください) 1. 五島市(五島中央病院) 2. 長崎市(会場は後日連絡)	写真欄 ※写真は申込前6ヶ月以内に撮影したもので、上半身(正面向き)を写した縦4.0cm横3.0cm程度の本人と確認できるものが必要です。 写真は申込みの際に必ず貼ってください。	
ふりがな		性別	男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在 満 歳)			
現住所 (様方)						記入心得 4 3 2 1 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。 ※欄は記入しないでください。	
電話番号				携帯番号			
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)							
合格通知書送付先 (様方)							
電話番号				携帯番号			
学歴 (中学校以上を記入)	学校名	学部・学科名	在学期間 自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	修学区分 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退			
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退			
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退			
			自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退			
職歴	勤務先の名称	職種等	職務内容	在職期間 自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月(在職中・退職)			
				自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月(在職中・退職)			
				自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月(在職中・退職)			
				自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月(在職中・退職)			
				自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月(在職中・退職)			
資格・免許	免許・資格の種類		取得年月日				
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
志望動機、自己PRなど				特技・趣味、好きな学科、スポーツ・文化活動等			
扶養家族数(配偶者を除く) 人		配偶者 有・無		配偶者の扶養義務(配偶者有の場合) 有・無			
私は、上記の採用試験を受験したいので申込みます。 なお、私は地方公務員法第16条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自署)						受付印 ※	
						印	