

# 令和6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7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) 3. WEB選考(ZOOMにて実施)		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		生年月日				
氏名		男・女		昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)				
〒		〒		〒		〒		
現住所						(様方)		
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		修学区分	
					自平・令 年 月 月 至平・令 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 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 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 至平・令 年 月 (在職中・退職)	
							自平・令 年 月 至平・令 年 月 (在職中・退職)	
							自平・令 年 月 至平・令 年 月 (在職中・退職)	
							自平・令 年 月 至平・令 年 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		