

令和5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 ※		希望受験日: 令和 年 月 日		試験職種 1. 看護師 (いずれかに○をしてください) 2. 助産師		採用条件(どちらかに○をしてください) 1. 令和6年4月1日採用 2. 中途採用(希望日を記載) 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		昭和平成 年 月 日生 (令和6年4月1日現在 満 歳)						
氏名		男・女								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。		
現住所												
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				携帯番号								
電話番号												
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 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退								
			自平・令 年 月 至 平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退								
			自平・令 年 月 至 平・令 年 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)								
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。										受付印 ※		
令和 年 月 日 氏名(自署) 印												