

令和4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			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。		
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5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)				
ふりがな		性別	生年月日	記入心得 4 3 2 1 ※欄は記入しないでください。 □は該当するものをチェックしてください。 インクまたはボールペンで丁寧に漏れないように楷書で記入してください。 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。			
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (令和5年4月1日現在 満 歳)				
現住所				様方) ()			
電話番号							
(上記住所と異なる場合のみ記入してください。)				様方) ()			
合格通知書送付先							
電話番号				様方) ()			
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)			
				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			