長崎県五島中央病院医療技術修学資金貸与学生採用試験受験申込書

受験番号※		希望受験日	場所
試験区分 （いずれかに〇をしてください）	1. 看　護　師 2. 助　産　師	令和　　年　　月　　日	長崎県五島中央病院2階講義室

ふりがな		性　別	生年月日
氏　名		男・女	昭和・平成　　年　　月　　日 生 （令和8年4月1日現在　満　　歳）

〒　　ー
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。）
〒　　ー
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 至　平・令　　年　　月	□　卒　業 □　卒業見込 □　中　退
			自　平・令　　年　　月 至　平・令　　年　　月	□　卒　業 □　卒業見込 □　中　退
			自　平・令　　年　　月 至　平・令　　年　　月	□　卒　業 □　卒業見込 □　中　退
			自　平・令　　年　　月 至　平・令　　年　　月	□　卒　業 □　卒業見込 □　中　退

資格・免許	免　許　・　資　格　の　種　類	取　得　年　月　日	
		平・令　　年　　月　　日	□ 取　得　□ 取得見込
		平・令　　年　　月　　日	□ 取　得　□ 取得見込
		平・令　　年　　月　　日	□ 取　得　□ 取得見込
		平・令　　年　　月　　日	□ 取　得　□ 取得見込

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。

記　入　心　得

1. ※欄は記入しないでください。
2. □は該当するものをチェックしてください。
3. インクまたはボールペンで丁寧に漏れがないように楷書で記入してください。
4. 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。

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

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、事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏名（自署）　　印

受　付　印

※