

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 ※		希望受験日: 令和 年 月 日		採用条件(どちらかに○をしてください)		希望試験地(いずれかに○をしてください)		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. 看護師 2. 助産師		1. 令和7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		1. 五島市(五島中央病院) 2. WEB選考(ZOOMにて実施)									
ふりがな		性別		生年月日											
氏名		男・女		昭和・平成 年 月 日生 (令和6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		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。 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。 □は該当するものをチェックしてください。 ※欄は記入しないでください。											
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		□ 卒業見込		□ 卒業見込	
		自 平・令 年 月 月								至 平・令 年 月 月		□ 卒業見込		□ 卒業見込	
		自 平・令 年 月 月								至 平・令 年 月 月		□ 卒業見込		□ 卒業見込	
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							
		自 平・令 年 月 月		至 平・令 年 月 月		(在職中・退職)		自 平・令 年 月 月							
		自 平・令 年 月 月		至 平・令 年 月 月		(在職中・退職)		自 平・令 年 月 月							
		自 平・令 年 月 月		至 平・令 年 月 月		(在職中・退職)		自 平・令 年 月 月							
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									
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															