

地方独立行政法人 筑後市立病院正規職員 採用試験申込書

※受付年月日	※受付番号	※受験番号	写 真	
(注意事項) 1. 申込書の記入は、自筆で、黒のインキまたはボールペンを用い、楷書でていねいに書いてください(太枠内は必須です)。また、写真も貼付してください。 2. 数字はアラビア数字を用い、該当箇所を✓、又は該当文字を○で囲んでください。 3. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。			6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を貼ってください。 (タテ4cm、ヨコ3cm)	
職 種	<input type="checkbox"/> (A) 看護師			
フリガナ 氏 名		男 女	昭和 平成	
年 月 日生(満 歳)				
現住所 〒 (—) *必ず郵便物が届く住所を記入する事				
方 Tel (携帯)				
連絡先 〒 (—)				
方 Tel (方呼出)				
学 歴	修 学 期 間	学 校 名	学部学科名	卒業・その他
	【最終】自 年 月 至 年 月			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自 年 月 至 年 月			卒業・卒業見込・中退
	【その前】自 年 月 至 年 月			卒業・卒業見込・中退
職 歴	在 職 期 間	勤 務 先		所 在 地
	【最終】自 年 月 至 年 月			
	【その前】自 年 月 至 年 月			
	【その前】自 年 月 至 年 月			

裏へ続く

資格 免許	名 称	取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
趣味			特技	

【当院への志望動機】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤他に受験している医療機関等がありますか。(不合格決定は除く)

なし あり

医療機関等名称	受 験 状 況
	<input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> 二次合格 <input type="checkbox"/> 一次合格 <input type="checkbox"/> 一次結果待
	<input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> 二次合格 <input type="checkbox"/> 一次合格 <input type="checkbox"/> 一次結果待

➤この募集をどちらでご覧になりましたか？該当するものにチェックをしてください。

当院ホームページ ハローワークホームページ 人からの紹介
 その他 ()