

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、正面向き写真を貼ってください。（タテ4cm、ヨコ3cm）		
職種 ☐ (A) 看護師（2025年度採用） ☐ (B) 看護師（2026年4月1日採用）								
フリガナ 氏 名				性別(※)		昭和 年 月 日生（満 歳） 平成		
現住所 〒（ — ） *必ず郵便物が届く住所を記入する事 方 TEL （携帯 ） メールアドレス（ ）								
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							

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

裏へ続く

