

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 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)
(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。						
職 種	□ (A) 看護師 (2027 年度採用)					
フリガナ		性別(※)		昭和		
氏 名				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)						
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	
学 歴	【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。

