

写真

(縦4cm横3cm)

※ 申込前3か月以内に撮影した脱帽・上半身・正面向きの写真。
※ 受験票にも同じ写真を貼付すること。
※ 写真の裏に氏名を記載すること。

岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験受験申込書

1 受験区分 (該当箇所を○で囲むこと。)	※受験番号				
看護師 ・ 准看護師					
ふりがな 2 氏名	男 ・ 女	3 本籍	都 ・ 道 府 ・ 県	市 ・ 区 町 ・ 村	
4 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)				
5 現住所等 ※ 下宿名、アパート名等まで記入すること。 ※ 連絡先は現住所以外に帰省地等の連絡先がある場合記入すること。	(現住所) 〒	電話	-	-	
		携帯電話	-	-	
	(連絡先) 〒	電話	-	-	
6 最終学歴等 ※ 中学校以上の学歴を記入し、学部・学科等は省略しないこと。 ※ 上記受験区分の学校を卒業後、専門学校または大学院に進学した場合、最下段に記載すること。	学校	学部名	学科名等	修学期間	備考
	中学校			自平成 年 月 至平成 年 月	卒業
	高等学校			自平成 年 月 至平成 年 月	卒業・卒業見込・中退
	高等専門学校・短期大学			自平成 年 月 至平成 年 月	卒業・卒業見込・中退
	大学			自平成 年 月 至平成 年 月	卒業・卒業見込・中退
				自平成 年 月 至平成 年 月	卒業・卒業見込・中退
7 職歴 ※ 卒業後のアルバイト期間、無職等の期間も記載すること。(記載欄が足りない場合は別紙(様式任意)に記載すること。)	会社名	職務内容	在職期間	区分	
			自平成 年 月 至平成 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平成 年 月 至平成 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平成 年 月 至平成 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平成 年 月 至平成 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平成 年 月 至平成 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
8 資格免許	名称	取得年月日(和暦)	資格免許取扱番号及び取扱機関		
			第 号		
			第 号		
			第 号		
私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験を受験したいので申込みいたします。 私は、平成30年度岩見沢市職員採用候補者試験実施要領 2の(3)各号のいずれの規定にも該当していません。 上記記載事項は真実かつ正確であります。 平成 年 月 日 氏名					

(注意)

- 必ず受験者本人が記入・押印してください。なお、記入事項に不正があると受験資格を失います。
- 黒のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入し、数字は算用数字を用いてください。
- 通学等のため下宿等をしている場合は、連絡先も併記してください。
- 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
- 職歴の欄の業務内容は、診療科・病棟・外来等を記載してください。また、区分欄については、該当する部分を○で囲ってください
- ※受験番号欄は記載しないでください。
- 身上報告書・受験票を添えて提出してください。