

--	--

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 職員採用試験申込書

提出日 令和 年 月 日

(写真欄)

同じ写真を2枚用意し、内1枚をここに貼ってください。

(1)写真は申込み前6か月以内に帽子をつけないで正面上半身を撮影した縦4cm、横3cmで、本人と確認できるものが必要です。

(2)写真の裏面には、氏名を書いてください。

職 種（希望する職種の番号に○をつけてください） 一人1職種に限ります。									
1		助産師		2		看護師			
フリガナ				生年月日・年齢					
氏 名				昭和 年 月 日生					
				平成					
				満 歳 （令和 年 月 日現在）					

現住所 【受験票送付先】 (アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入)

〒	—	TEL () -
		携帯

連 絡 先 (帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入)

TEL () -
携帯

学歴 (高校から順にすべて記入)

学 校 名	学部名	学 科 名	期 間	区 分	
				卒	年中退
			年 月から	卒	年中退
			年 月まで	卒見込	年在学
			年 月から	卒	年中退
			年 月まで	卒見込	年在学
			年 月から	卒	年中退
			年 月まで	卒見込	年在学

[illegible]

年	月	免 許 ・ 資 格
---	---	-----------

(注) この申込書の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。