

--	--

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				
1	助産師			
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	
			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。