地方独立行政法人長崎市立病院機構職員

採用試験申込書

試験職種	試験日	受験番号※
MSW	令和 5 年 月　日	**M**

※受験番号の欄には、記入しないでください。

ふりがな		性　別	写真貼付 6 ヶ月以内に撮影されたもの（上半身脱帽正面） 縦 4cm×横 3cm
氏　名		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　　年齢　満　　歳（R5.4.1 現在）		
現住所	〒　　－		
合格通知送付先	〒　　－　　※現住所と異なる場合にのみ記入		
電話番号	自宅（　　）　　－	携帯　　－　　－	
メールアドレス			

	学　校　名	学部学科名	在学期間	修学区分
学歴	最終(又は現在)		年　月 ～ 年　月	□ 卒業 □ 卒業見込 □ 中退
	最終前		年　月 ～ 年　月	□ 卒業 □ 中退
	最終前々		年　月 ～ 年　月	□ 卒業 □ 中退

	勤　務　先	職種・職務内容	在職期間
職歴	現在 (又は最終)		年　月～ 年　月
	最終前		年　月～ 年　月
	最終前々		年　月～ 年　月
	その前		年　月～ 年　月
	その前		年　月～ 年　月
	その前		年　月～ 年　月

免許・資格	取得（見込）年月日	免許・資格の種類
	年　月　日 □取得見込　□取得	社会福祉士免許　（登録番号　）
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
志望動機		
自己ＰＲ		
趣味・特技		

その他	最近の健康状態／既往症	扶養家族数（配偶者除く） 人	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無

私は、地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験の受験を申し込みます。
また、この申込書の記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　名
（自署）

・記載事項に虚偽がある場合は、採用を取り消すことがあります。