

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※ |
| 看護師<br>(集中治療経験者) | 令和<br>年 月 日 | K     |

※受験番号の欄には、記入しないでください。

|             |                              |        |                                                                                    |
|-------------|------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな        |                              | 性 別    | <div>写真貼付</div> <div>6ヶ月以内に<br/>撮影されたもの<br/>(上半身脱帽正面)</div> <div>縦 4cm×横 3cm</div> |
| 氏 名         |                              | 男 ・ 女  |                                                                                    |
| 生年月日        | 昭和・平成 年 月 日 年齢 歳 (R7.4.1 現在) |        |                                                                                    |
| 現住所         | 〒 -                          |        |                                                                                    |
| 合格通知<br>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<br>歴 | 学 校 名     | 学部学科名   | 在学期間            | 修学区分                                                                                        |
|        | 最終(又は現在)  |         | 年 月<br>~<br>年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 卒業見込<br><input type="checkbox"/> 中退 |
|        | 最終前       |         | 年 月<br>~<br>年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 中退                                  |
|        | 最終前々      |         | 年 月<br>~<br>年 月 | <input type="checkbox"/> 卒業<br><input type="checkbox"/> 中退                                  |
| 職<br>歴 | 勤 務 先     | 職種・職務内容 | 在職期間            |                                                                                             |
|        | 現在 (又は最終) |         | 年 月~<br>年 月     |                                                                                             |
|        | 最終前       |         | 年 月~<br>年 月     |                                                                                             |
|        | 最終前々      |         | 年 月~<br>年 月     |                                                                                             |
|        | その前       |         | 年 月~<br>年 月     |                                                                                             |
|        | その前       |         | 年 月~<br>年 月     |                                                                                             |

|       |                               |                             |                   |             |                 |  |
|-------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------|-----------------|--|
| 免許・資格 | 取得（見込）年月日                     |                             | 免許・資格の種類          |             |                 |  |
|       | 年                             | 月                           | 日                 | 看護師免許（登録番号） |                 |  |
|       | <input type="checkbox"/> 取得見込 | <input type="checkbox"/> 取得 |                   |             |                 |  |
|       | 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／<br>既往症               |                             |                   |             |                 |  |
|       | 通勤時間<br>約 時間 分                |                             | 扶養家族数（配偶者除く）<br>人 | 配偶者<br>有・無  | 配偶者の扶養義務<br>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。