

大垣市民病院助産師・看護師採用申込書

※ NO. _____

大垣市民病院助産師・看護師の採用申し込みをします。
なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当しておりません。
また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

1. 成年被後見人又は被保佐人
2. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終るまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
3. 大垣市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
4. 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

平成 年 月 日
ふりがな
氏 名
(自筆) _____

写真

申込前6カ月以内に帽子をつけないで上半身正面向を撮った縦4cm横3cmのもの

記入上の注意

1. 数字はすべて算用数字を用いてください
2. 該当するものを○で囲んでください
3. 記載事項に不正があると大垣市職員として採用される資格を失うことがあります。

生年月日・性別・年齢 昭和・平成 年 月 日生 男・女 平成29年4月1日現在 満 歳		受 験 職 種	助産師 ・ 看護師	
現住所 〒 () 都道府県 市 町 番地 Tel (- -)				
合否等の連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入してください) 〒 () 都道府県 市 町 番地 Tel (- -)				
学 歴 (最終学歴と高等学校以上の学歴を順に書いてください。)				
学校名	学部・学科名	所在地	期 間	その他
(最終)		都道府県	年 月 から 年 月 まで	卒見込 学年 卒 業
(その前)		都道府県	年 月 から 年 月 まで	卒 業 学年 中 退
(その前)		都道府県	年 月 から 年 月 まで	卒 業 学年 中 退

職歴（今までに就職したことがあれば新しいものから順に書いてください。）				
勤務先		所在地		在職期間
				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで(予定)
				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
自分の長所		趣味・特技など		
大垣市民病院を志望した動機				
免許・資格・検定その他特殊な技能を有する場合は記入してください。				
年 月 日	看護師 免許		取得	・ 取得見込
年 月 日			取得	・ 取得見込
年 月 日			取得	・ 取得見込
年 月 日			取得	・ 取得見込
年 月 日			取得	・ 取得見込
		受付年月日		