

大垣市民病院看護師採用試験申込書（職務経験者） ※NO.

大垣市民病院助産師・看護師の採用試験を受験したいので申込みます。
 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。

写真

申込前6カ月以内に帽子をつけずに上半身正面を撮った縦4cm横3cmのもの

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. 大垣市職員とし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

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。
4. ※印の欄は記入不要です。

令和 年 月 日
 ふりがな
 氏 名
 (自筆)

生年月日・性別・年齢		受験職種	看護師	
昭和・平成 年 月 日生 男・女				
令和 年 月 1日現在 満 歳				
現住所 〒 ()				
都道府県		市郡	町 番地	
(携帯電話 - -)				
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		市郡	町 番地	
(携帯電話 - -)				
E-mail	携帯			
	PC			
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)	学部 学科	都道府県	年 月から 年 月まで	学年 卒・卒見込 在・中退
(その前)		都道府県	年 月から 年 月まで	学年 卒・中退
(その前)		都道府県	年 月から 年 月まで	学年 卒・中退

職歴（直近の職歴を新しいものから順に記入し、記入しきれない場合は別紙にて提出してください。）

勤務先	在職期間	該当するものに○印	職務内容
(名称) (所属部署)	年 月 日から 年 月 日まで	正規職員 ・ 非正規職員 (アルバイト等) ・ 自営	
(名称) (所属部署)	年 月 日から 年 月 日まで	正規職員 ・ 非正規職員 (アルバイト等) ・ 自営	
(名称) (所属部署)	年 月 日から 年 月 日まで	正規職員 ・ 非正規職員 (アルバイト等) ・ 自営	

大垣市民病院を志望した動機

これまでの経験から即戦力として活かせる能力

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
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

大垣市民病院助産師・看護師採用試験をどこで知りましたか。

広報おおがき 市民病院看護部ホームページ 就職サイト 知人・友人

その他（ ）

※ 受付年月日

・

・