

令和9年度名寄市病院事業職員採用試験 受験申込書
(名寄市立総合病院 看護師)

フリガナ	☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日
氏 名		昭・平 年 月 日生 (令和 年 月 日現在 満 歳)
フリガナ		
〒□□□-□□□□		
現住所		
電話番号 () -		
フリガナ		
〒□□□-□□□□		
連絡先		
電話番号 () -		

写真貼付
3.0×4.0cm

学 校 名	学 科	専 攻	期 間	備 考
高等学校			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業見込 ☐ 卒業 ☐ 中退

経歴

(今までの一切の職務上の経歴を年代順に詳しく記入してください。自営業も含みます。)

☐ 就職したことがない

勤 務 先 (部課まで詳しく)	所在地及び電話番号	在 職 期 間		職務内容	退職理由
		年 月 日	～ 年 月 日		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		
	TEL () —	昭 平 令	・ ・ ～ ・ ・		

年	月	資 格 ・ 免 許	年	月	資 格 ・ 免 許

扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
人	有 ・ 無	有 ・ 無

(記載上の注意)

- 北海道名寄市西7条南8丁目 名寄市立総合病院 事務部総務課総務係 TEL 01654-3-3101 (内 2213)