令和８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）

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

写真貼付
3.0×4.0cm

学　歴

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 年 月 日　～　年 月 日	職務内容	退職理由
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		
	TEL(　　)　－	昭 平 令　・　・　～　・　・		

（裏面へ続く）

受験者の資格、免許

年	月	資　格　・　免　許	年	月	資　格　・　免　許

家庭の状況

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

健 康 状 態		得意科目		趣　　味	
志望の動機					
本人希望記入欄（希望などがあれば記入してください）					
試験日希望	（　　）（　　）（　　）（　　）				希望日を記入してください

私は、地方公務員法第16条の規定に該当しておりません。
また、この受験申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

（記載上の注意）
1　記載事項に不正があるときは、採用される資格を失うことがあります。
2　自筆で漏れなく記入してください。□欄は、該当する場合にレ印を記入してください。
3　黒色のインク又はボールペンを使用し、楷書でていねいに記入してください。数字は算用数字を用いてください。

≪提出先≫
〒096-8511
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　℡ 01654-3-3101（内 2213）