

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 看護職員(看護師・助産師))

フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭・平 (令和 年 月 日現在 満 歳)	写真貼付 3.0×4.0cm
フリガナ 現住所			
電話番号 () —			
フリガナ 連絡先			
電話番号 () —			

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	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 □中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 □中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 □中退
			昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 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	・ ・ ～ ・ ・		

(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	応募期間①5月1日～5月31日の場合 (1) 6月14日 (土) 、(2)その他 () ()	可能な日を○で 印んでください
	応募期間②5月1日～7月31日の場合 (1)8月23日 (土) 、(2)その他 () ()	
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 事務部総務課職員係 〒01654-3-3101 (内 2213)