

天草市病院事業 職員採用試験申込書

申込区分(※(1)職種及び(2)勤務先ともに応募するものに○を記入)					※受験番号		写真貼付 写真は、申込前3ヶ月以内に写したもので、上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できるもの。 (縦4cm×横3cm程度)
(1)職 種 : 看護師 ・ 准看護師							
(2)勤務先 : 牛深 ・ 栖本 ・ 新和 ・ 河浦							
氏 名 (ふりがな)							
生年月日	昭和 年 月 日 生 平成 令和2年4月1日現在で満 歳					性別	男 ・ 女
現住所	(ふりがな) 〒 ー					電話	- -
						携帯	- -
連絡先	(ふりがな) 〒 ー					電話	- -
						携帯	- -
学 歴 (小学校は記載不要)	在学期間		学校名	学部	学科・専攻	所在地 (市町村名まで)	卒・在学等の別
	最終	年 月から 年 月まで					・ 卒 ・ 卒見込 ・ 年在学 ・ 年中退
	その前	年 月から 年 月まで					・ 卒 ・ 卒見込 ・ 年在学 ・ 年中退
	その前	年 月から 年 月まで					・ 卒 ・ 卒見込 ・ 年在学 ・ 年中退
	その前	年 月から 年 月まで					・ 卒 ・ 卒見込 ・ 年在学 ・ 年中退
職 歴	勤務期間		勤務先名		所在地 (市町村名まで)		備 考
	最終	年 月から 年 月まで					
	その前	年 月から 年 月まで					
	その前	年 月から 年 月まで					
	その前	年 月から 年 月まで					
	その前	年 月から 年 月まで					

※裏面もあります。

<記入上の注意>

- (1) ※印欄を除く全ての欄に記入してください(必ず黒か青のインク又はボールペンを使用すること。)
- (2) 該当する事項は○で囲んでください。
- (3) 学歴は中学校までを記載してください。
- (4) 合格通知等は、すべて「連絡先」に行いますので、最も確実な所を記入してください。
- (5) 記載事項に不正があると、受験を無効とし、地方公務員として採用される資格を失うことがあります。

	名称(種別)	交付機関	取得(予定)年月日	
免許・資格等			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
			年 月 日	取得・見込
志望動機				
自己PR				

- (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、その執行を終わ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) 天草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) 日本国憲法の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

私は、上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。

年 月 日

申込者氏名(自筆)
