

受験申込書

記入日 年 月 日

受験 番号	※
----------	---

写真貼付

○上半身、正面、脱帽
○3ヶ月以内に撮影されたもの
○写真裏面に氏名と受験職種を記入
○縦4cm×横3cm

(年 月 撮影)

ふりがな		受験職種	受験日程		
氏名		看護師	10月試験		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	(満 歳)	性別	

現住所	〒 -				
	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	- -
	メールアドレス				
結果通知 連絡先	〒 -				
	電話番号	-	-	緊急連絡先(携帯など)	- -
	*現住所以外に、採用試験についての連絡を希望する場合のみ、記入してください。				

学 歴	在学期間	学校名	学部・学科	修学区分
	～	年 月		
年 月				<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込
	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込
	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込
	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退
～	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了見込
	年 月			<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退

職 歴	在職期間	勤務先の名称	職務内容	雇用形態
	～	年 月		
年 月				<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
～	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
～	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 高校・大学等の正規の修学期間中のアルバイトは除きます。書き切れない場合は別紙を添付してください(任意様式)

賞 罰	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 月	

運転免許	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
種類 () 区分 (種)	年 月 取得

受験職種に該当する免許	
看護師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
保健師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込
准看護師免許	年 月 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 見込

その他の免許・資格	
	年 月 取得
	年 月 取得
	年 月 取得

* 2 ページ末尾の「記入上の注意」をよく読んで記入してください。

