

神戸市民病院機構 看護職員採用選考申込書

※受験番号

受験希望日						
平成 年 月 日						
採用希望日	1. 試験区分		2. 氏名 ふりがな			
平成 年 月 1日	看護師・助産師		男 女			
3. 生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	5. 現住所 〒(-) ふりがな		携帯電話(-) -		写真欄 写真の裏面に氏名及び試験区分を記入して下さい。 縦4cm×横3cm	
4. 年齢(平成30年4月1日現在) 満 歳	6. 帰省地(現住所と異なる場合のみ) 〒(-) ふりがな		電話(-) -			
7. 学歴 学校名 (最終学校名)	学部・学科・専攻		所在地(市町村まで)	在学期間(和暦)	年制、就学状況 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 年制 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
(その前)				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 年制 <input type="checkbox"/> 中退	
(その前)				年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 年制 <input type="checkbox"/> 中退	
8. 経歴 勤務先名称 (最近のもの)	部課名 病床数	病院の場合	所在地 (市町村まで)	在職期間 (和暦)	雇用形態	職務内容
(その前)		病床				
(その前)		床		年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)		床		年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
(その前)		床		年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規	
9. 看護に関する資格、免許の名称及び取得年月 看護師: 年 月 取得・取得見込 助産師: 年 月 取得・取得見込・無 保健師: 年 月 取得・取得見込・無 その他:	私は応募資格をすべて満たしており、またこの申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。 (本人自署のこと) 平成 年 月 日 氏名					※受付印

※

※印欄以外はもれなく記入して下さい。

※記入方法等については、裏面をご参照ください。

申込書記入上の注意

1. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄以外の欄はもれなく記入してください。
3. 記入はすべて本人の自筆により、ボールペン又はインクを用い、楷書で丁寧に書いてください。数字は算用数字を用い、ふりがなはひらがなで記入し、性別欄の男女の別、1. 試験区分、3. 生年月日（昭和・平成）については該当するものを○で囲んでください。申込書中の□には該当するものにレ印を記入してください。また、年数は、すべて和暦で記入してください。
4. 選考会場都市欄には、試験会場の市町村名を記入してください。
5. 現住所欄、帰省地欄には市区町村番地等まで詳しく書いてください。また、学校所在地欄、勤務先所在地欄には市区町村まで書いてください。
6. 経歴欄には今までの勤務上の経験を、その一つ一つについて新しいものから順に書いてください。もし記入欄が足りない場合は、適当な用紙を補足してください。自家営業も含みます。就職したことがない場合には斜線を引いて下さい。
7. 申し込み後、記載内容に異動が生じた場合には必ず連絡してください。