

令和8年度 新宮市立医療センター職員採用試験申込書

(通年募集)

※A3用紙で印刷し記入すること

		* 受験番号			
私は、上記試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。 令和 年 月 日 氏 名				(写 真) 3ヶ月以内撮影 脱帽・上半身 正面向 縦4cm×横3cm	
受験区分	A. 助産師 B. 看護師 C. 薬剤師 D. 臨床検査技師 E. 社会福祉士				
ふりがな 氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)				
ふりがな 現 住 所			〒	-	
			電話 ()	-	
ふりがな 連 絡 先			〒	-	
			電話 ()	-	
学 歴	学 校 名	学 科 名	所 在 地	修 学 期 間	
	中 学 校			自 年 月 至 年 月	卒 業
	高 等 学 校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒 業・中 退
	専 門 学 校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒 業・中 退
	短 期 学 校			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒 業・中 退
	大 学			自 年 月 至 年 月	在 学 中 卒 業・中 退
					自 年 月 至 年 月

職 歴	勤 務 先	在 職 期 間	職 務 内 容	
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
資 格 等	名 称	取得年月	名 称	取得年月日
(趣味・特技)				
(志望動機)				

(記入要領)

- 記載事項に不正があると受験が無効となる場合があります。
申し込みをするときは、試験要領をよく読んだうえで記入して下さい。
- 受験番号を除くすべての欄に漏れなく記入して下さい。
- 連絡先は、通信連絡が確実に伝わる連絡先(父母等の居住地等)を記入して下さい。
なお、現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
- 職歴は古い順に書いて下さい。自営業も含みます。なお、職歴がない方は斜線を引いて下さい。