

地方独立行政法人京都市立病院機構職員採用試験受験申込書
 (平成24年4月1日採用) 看護師(教育担当者) 3月10日(土) 試験

※

		免許・資格職		職種		看護師・助産師	
氏名	ふりがな			生年月日	年 月 日		写真 上半身・正面・脱帽・最近3箇月以内に撮影したもの(写真の裏に氏名を書いてください。)
	(男・女)				採用予定日現在満 歳		
連絡先	郵便番号 - 電話() - 携帯電話 - -						
看護師に関する学歴		学校名	学部・学科・専攻名	所在地	在学期間	卒業等の別	
	最終			都 道	年 月 から	卒業(修了)・中退(年)	
				府 県	年 月 まで	卒業(修了)見込・在学(年)	
	その前			都 道	年 月 から	卒業(修了)・中退(年)	
			府 県	年 月 まで			
学歴(看護師も含めて記載)		学校名	学部・学科・専攻名	所在地	在学期間	卒業等の別	
	最終			都 道	年 月 から	卒業(修了)・中退(年)	
				府 県	年 月 まで	卒業(修了)見込・在学(年)	
	その前			都 道	年 月 から	卒業(修了)・中退(年)	
			府 県	年 月 まで			
免許	看護師免許			(取得(見込み)年月)		取得・取得見込みの別	
				年 月		取得・取得見込み	
	助産師免許			(取得(見込み)年月)		取得・取得見込みの別	
			年 月		取得・取得見込み		
その他()			(取得(見込み)年月)		取得・取得見込みの別		
			年 月		取得・取得見込み		
看護師に関する職歴		勤務先等	勤務内容	所在地	在職期間	在職年数	
	最終			都 道	年 月 日から	年 月 日	
				府 県	年 月 日まで		
	その前			都 道	年 月 日から	年 月 日	
				府 県	年 月 日まで		
	その前			都 道	年 月 日から	年 月 日	
			府 県	年 月 日まで			
自署欄	年 月 日			私は、地方独立行政法人京都市立病院機構職員採用試験を受験したいので、受験案内の記載事項を了承のうえ、申し込みます。なお、私は、受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記入事項に相違ありません。			
	氏名(自署) _____						

↑必ず自署にて氏名及び日付を記入してください。

※

記入上の注意

- ※印の欄を除くすべての欄に、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- 記入事項に虚偽又は不正があると、採用される資格を失うことがあります。
- 写真票には必ず写真を貼ってください(タテ4cm, ヨコ3cm)。
- 受験票は郵送しますので、長3号の返信用の封筒(あて先明記)を申込書と一緒に提出してください。
- 車いす等を使用する方については、受験しやすい座席を用意しますので、その旨を記入してください。

通信欄

--