

職員採用試験申込書

通年

職種		※受験番号		氏名(上段:ふりがな)			
看護助手 (高卒程度)							
生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 令和			性別	<input type="checkbox"/> 男	国籍	<input type="checkbox"/> 日本
	満 歳				<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 日本以外
現住所	郵便番号	—	電話番号	— —			
書類等 送付先	郵便番号	—	電話番号	— —			
免許・資格							
名 称				取得(予定)年月			
				年 月		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
				年 月		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
				年 月		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
				年 月		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	
学歴							
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名	在学期間		卒・在学 等区分	
(最終)				昭・平・令 年 月から	卒・卒業見込		
				昭・平・令 年 月まで	年在学		
(その前)				昭・平・令 年 月から	年中退		
				昭・平・令 年 月まで	卒・卒業見込		
(その前)				昭・平・令 年 月から	年在学		
				昭・平・令 年 月まで	年中退		

※「受験番号欄」等、※の箇所は記入しないでください。

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。また、この申込書に記載した事項に相違ありません。

令和 年 月 目

氏名 (自筆)

写 真 票

<p>写真貼付</p> <p>6ヶ月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。</p> <p>サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。</p>	<p>職種 看護助手 (高卒程度)</p> <p>※受験番号</p> <p>氏名</p> <p>※教養 ※適性 ※作文 ※専門</p>
---	--

職員採用試験申込書

受 驗 票

通年

職種	看護助手 (高卒程度)
※受験番号	
氏名	

【 試験の注意事項 】

日 時 試験の日時は個別に連絡させて頂きます

会 場 球磨郡公立多良木病院

持参品 (熊本県球磨郡多良木町多良木4210番地)
受験票・筆記用具(HBの鉛筆又シャープペンシル
、消しゴム)

駐車場 球磨郡公立多良木病院第2駐車場を利用下さい。

※面接試験の際、受験票を提示してください。

【お問い合わせ先】球磨郡公立多良木病院企業団
総務課人事係 TEL 0966-42-2560