

令和5年度 長崎県精神医療センター看護師採用試験受験申込書

※欄は記入しないでください。
長崎県病院企業団

試験職種	看 護 師		※受験番号		写 真 欄 無帽で正面から上半身を撮影したもの（過去6ヶ月以内に撮影した、縦4cm×横3cmのもの。白黒・カラーの別は問いません）
ふりがな		性 別			
氏 名		男 ・ 女			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 （令和6年4月1日現在 満 歳）				
現 住 所	〒 — （ 様 方）				
電話番号		携帯電話			
合格通知書送付先	（上記住所と異なる場合のみ記入してください。） 〒 — （ 様 方）				
電話番号					
学 歴 （中学校以上を記入）	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間		修 学 区 分
	（現在または最終）		自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 卒業見込 ☐ 中退
	（その前）		自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 中退
	（その前）		自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 中退
	（その前）		自 平・令 年 月 月 至 平・令 年 月 月		☐ 卒業 ☐ 中退
職 歴	勤 務 先 の 名 称	職 種 等	職 務 内 容		在 職 期 間
	（現在または最終）				自 平成 年 月 月 至 令和 年 月 月 （在職中・退職）
	（その前）				自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	（その前）				自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	（その前）				自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	（その前）				自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
	（その前）				自 平成 年 月 月 至 平成 年 月 月
看護師免許		平成・令和 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合は、日付は不要です。			
専門看護師・精神科認定看護師		平成・令和 年 月 日 取得・取得見込み（○をしてください） 取得見込みの場合は、日付は不要です。			
その他の免許・資格	免 許 ・ 資 格 の 種 類				取 得 年 月 日
					平・令 年 月 日
					平・令 年 月 日
					平・令 年 月 日
					平・令 年 月 日

受験の動機・自己PRなど		
得意な科目・研究課題		
クラブ活動・スポーツ・文化活動等		
趣味・特技		
健康状態		
私は、上記の採用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条の各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。		受付印
令和 年 月 日 氏名（自署）		※

申込書記入上の注意

- 1 □は該当するものをチェックしてください。
- 2 インクまたはボールペンで、ていねいに、漏れがないよう楷書で記入してください。
- 3 記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。