

令和6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
ふりがな				性別	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)
氏名				男・女	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	
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	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退	
	(その前)		自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
	(その前)		自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
	(その前)		自平・令 年 月 月 至平・令 年 月 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 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		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名（自署）</p>	受 付 印	※

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。
-