

※
受験番号

※
受付印

士別市病院事業職員採用試験受験申込書

(看護師職)

| | | | |
|-------------------|--|---|---|
| ふりがな 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 | 令和 年 月 日撮影 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) | | 写真は申込前6カ月以内 で脱帽、正面向、上半身 縦5センチ、横4.5センチの本人 と確認できるもの 眼鏡をかけている場合 は、その写真をはって下 さい |
| 現住所 | 〒□□□-□□□□ (様方) (TEL - -) | | |
| 連絡先 (受験票等の送付先) | 〒□□□-□□□□ (様方) (TEL - -) | | |
| 最終 学校名 | 学校名 年 月 日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 | | |

私は、士別市病院事業職員採用試験（応募職名： 職）を受験したいので 関係書類
〔履歴書・応募職の国家資格免許証の写し（または卒業（見込証明書）及び成績証明書）を添えて申
込みます。

令和 年 月 日

士別市病院事業管理者 岩野 博俊 様

申込者

履 歴 書

| | | |
|-------------|--|--|
| ふりがな 氏 名 | | <div style="text-align: right;">□男・□女</div> 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 現住所 | | |

| 学 歴 | 学 校 名 | 学部・学科 専攻 | 所 在 地 | 在学期間 | 修 学 内 容 卒業・卒業見込・中退の別 |
|--------|---------|-------------|-------|--------------|-------------------------|
| | 現在 (最終) | | | | ~ 年 月 年 月 |
| その前 | | | | ~ 年 月 年 月 | 学年 □卒業 □卒業見込 □中退 |
| その前 | | | | ~ 年 月 年 月 | 学年 □卒業 □卒業見込 □中退 |

| 資 格 ・ 免 許 | 名 称 (証 書 番 号) | 取得年月日 | |
|-----------------------|-----------------|-------|-------|
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |

| 賞 罰 | 賞 罰 内 容 | 年 月 日 | 備 考 | |
|--------|---------|-------|-------|--|
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |

| 趣 味 | スポーツ関係 | 文化関係 |
|--------|--------|------|
| | | |

| 健康状態 | 志 望 の 動 機 |
|------|-----------|
| | |

| 職 歴 及 び 在 家 庭 歴 | 勤務先 | 所属・職種 (月収) | 所在地 | 在職期間 又は 在家庭期間 | 退職理由 又は 在家庭理由 |
|--------------------------------------|-----|---------------|-----|---------------------|---------------------|
| | | () | | ～ 年 月 年 月 | |
| | | () | | ～ 年 月 年 月 | |
| | | () | | ～ 年 月 年 月 | |
| | | () | | ～ 年 月 年 月 | |
| | | () | | ～ 年 月 年 月 | |

上記の事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名