

		※ 受験番号	※ 受付印
士別市職員採用試験受験申込書（看護師職）			
ふりがな 氏 名		☐ 男 ・ ☐ 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 平成 年 月 日 ☐ 卒業 ☐ 卒業見込		

私は、士別市病院事業職員採用試験（ 看護師職 ）を受験したいので 関係書類〔☐履歴書・☐看護師免許証の写（又は卒業（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 長 島 仁 様

申込者

印