

平成 2 2 年度実施
 岡崎市民病院看護職員採用候補者試験申込書
 平成 年 月 日提出

※受験番号	※欄は記入しない。		
ふりがな		男	昭和
氏 名	印	・ 女	年 月 日生 平成 (満 歳)
現 住 所	〒 -	TEL () - 自宅・呼出	
連 絡 先 (帰省先等)	〒 -	TEL () - 自宅・呼出	
合否通知等の連絡先 (希望する送付先の□にレ印)			<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先
看護師学校名等	学 部 ・ 学 科	在 学 期 間	
		平成 年 月から 平成 年 月まで	卒 卒見込
		平成 年 月から 平成 年 月まで	卒 卒見込
職歴のある場合は、次に記入してください。			
勤 務 先	所 在 地	在職期間	勤務内容等
		自 年 月 至 年 月	正規・嘱託 ・臨時
		自 年 月 至 年 月	正規・嘱託 ・臨時
		自 年 月 至 年 月	正規・嘱託 ・臨時
		自 年 月 至 年 月	正規・嘱託 ・臨時
		自 年 月 至 年 月	正規・嘱託 ・臨時

次の項目について記入してください。（該当のない場合は、「なし」と記入のこと）

志望理由

得意な学科

長所

不得意な学科

短所

資格、免許（取得見込を含む。）

趣味・特技

普通自動車運転免許 （有・無）

受験票

写真位置

(5 cm × 4 cm)

3箇月以内に撮影した写真をのりづけしてください。

※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

試験当日の注意事項

1 受付

10月9日(土)

午前8時45分から午前9時まで

※遅刻した場合は受験できません。

2 試験会場

岡崎市民病院

岡崎市高隆寺町字五所合3番地1 66-7012

3 持参するもの

受験票、HBの鉛筆(シャープ)、消しゴム

切り取り線