

※太枠欄の必要事項に記入（パソコン使用可）し、写真を貼り付けてください。

※氏名欄は、自署で記載してください。

## 令和6年度 つがる西北五広域連合医療職員採用試験受験（経験者枠）申込書

<b>試験職種</b> (番号を○で囲むこと)	1 看護師・助産師	※受験番号		
ふりがな		(写真欄)  ・写真は6カ月以内に撮影したもの  ・縦4cm、横3cm程度 ・本人正面の顔写真 ・しっかり、のり付け		
<b>氏名</b> (自署)				
生年月日	昭和・平成      年      月      日生(満      歳)			
現住所	〒      -      アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください  (      方)      TEL      (      )      -      -      携帯	合格通知等の送付先 (どちらかを○で囲むこと)		
連絡先	〒      -      現住所以外の連絡先（実家等）があれば記入してください  (      方)      TEL      (      )			
<b>学 歴</b>	学 校 名	学 部 学 科	在 学 期 間	備 考
	中学校	/	年 月から 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
<b>職 歴</b> (現職及び主なもの)	勤 務 先 名 称	職 務 内 容	在 職 期 間	所在地（都道府県）
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	

(記載内容は裏面に続きます)

※太枠欄の必要事項に記入（パソコン使用可）し、写真を貼り付けてください。

※氏名欄は、自署で記載してください。

資格免許	名 称	取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
扶養家族数等	扶養家族数（配偶者を除く） _____ 人			
	配偶者の有無 （○で囲む）	有 ・ 無	配偶者の扶養義務 （○で囲む）	有 ・ 無
<p>私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条の規定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全て事実と相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名（自 署） _____</p>				