

地方独立行政法人長野県立病院機構職員(看護師・助産師)採用選考試験申込書

受験希望地	長野市		受験番号 (記入不要)		
ふりがな			男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名					
現住所	〒				
連絡先(申込者本人と確実に連絡のとれる電話番号)			電話 ()	-	
上記以外の連絡先			電話 ()	-	
学歴 (高卒以上のみ記入)	学校名	学部・学科名	所在都道府県名	在学期間	卒・卒見・中退・その他 (○で囲む)
	高等学校			年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 その他()
				年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 その他()
				年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 その他()
				年 月から 年 月まで	卒・卒見・中退 その他()
免許の名称	[看護師] 昭和・平成 年 月 日 取得・取得見込み				(備考)
	[助産師] 昭和・平成 年 月 日 取得・取得見込み				

私は地方独立行政法人長野県立病院機構職員(看護師・助産師)採用選考試験を受験したいので申し込みます。
私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏名(自署)

地方独立行政法人
長野県立病院機構職員(看護師・助産師)採用選考試験受験票

受験希望地	長野市
受験番号 (記入不要)	
ふりがな	
氏名	

(写真欄)

申込みの際に必ず写真を
はってください。
(写真のないものは受け付け
できません。)

- ・申込日前1か月以内に撮影したもの
- ・帽子をとって正面から写したもので本人と確認できるもの

この申込書に記載された個人情報
は、この選考試験のために必要
な範囲でのみ利用します。