

地方独立行政法人長野県立病院機構
職員採用試験申込書 職種:看護師・助産師

フリガナ				男・女	
氏名					
生年月日		昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			
現住所		〒			
電話番号					
Eメール		@.....			
資格・免許		☐ 看護師(取得・取得見込み) ☐ 助産師(取得・取得見込み)			
※看護師・助産師以外(例:保健師など)		※いずれかに○ 長野・松本			
学歴 (高校から記入)	学校名	学部・学科	所在地	卒・卒見・中退・その他 (○で囲む)	在学期間
				卒・卒見・中退 その他()	年 月～ 年 月
				卒・卒見・中退 その他()	年 月～ 年 月
				卒・卒見・中退 その他()	年 月～ 年 月
				卒・卒見・中退 その他()	年 月～ 年 月
職歴	勤務先	職務内容(詳細は職務経歴書へ記入)			勤務期間
					年 月～ 年 月
					年 月～ 年 月
					年 月～ 年 月
					年 月～ 年 月
[配属を希望する病院] ○第1希望 _____ (希望理由) _____ ○第2希望 _____ (希望理由) _____					
[配属を希望する診療科・分野]			[看護職として関心のある分野・理由]		
[採用試験の受験状況(結果)や進学の手配]					

(写真貼付欄)

縦4cm×横3cm

・申込日前3か月以内に撮影したもの

・正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの

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)採用試験を受験したいので申込みます。
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。

令和 年 月 日

氏名(自署) _____