

令和5年度 徳島県病院局職員選考採用試験受験申込書

1 試験区分		2 受験番号(記入しないでください)			
3 氏名(ふりがな)		4 生年月日・性別 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 (令和6年4月1日現在 満 歳) <input type="checkbox"/> 回答しない			
5 現住所(下宿先等)(ふりがな) (〒 - ) (同居先 方) 電話( ) -					
6 帰省先の住所(ふりがな) (〒 - ) ※5 現住所と異なる者のみ記入 電話( ) -				7 国籍 <input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍	
8 学歴(中学校または高校以上の最近の学歴3つについて記入してください。)					
学校名	学部名	学科名	所在地(市町村名まで)	在学期間	修学区分
最終(現在)				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中( 年次) <input type="checkbox"/> 中退( 年次)
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退( 年次) <input type="checkbox"/> 卒業
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 中退( 年次) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退( 年次)
9 免許、資格、検定等(この試験の受験に必要な資格・免許は必ず書き、取得見込も記入してください。)					
名称	種別	取得又は取得見込年月日		資格免許等の取扱機関名	
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込			
10 職歴					
勤務先名	部課名	所在地(市町村名まで)	在職期間	(年数)	職務内容
最終(現在)			年 月～ 年 月	年	
その前			年 月～ 年 月	年	
その前			年 月～ 年 月	年	
私は、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書に記載したすべての事項について相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自筆)					

(記入上の注意事項)

- ※1 黒インク・黒ボールペンを使用し、自筆で記入してください。記入した原稿(コピーは不可)を提出してください。
- 2 試験区分は、助産師、医療情報のうち該当する区分を記入してください。
- 3 記入内容を確認する場合がありますので、電話番号は必ず記入してください。