

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					(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
氏名					
生年月日	(満 歳)				
現住所	〒				
電話番号					受験希望日
Eメール	@				<input type="checkbox"/> 4月19日(土):長野
資格・免許	<input type="checkbox"/> 看護師 (取得・取得見込) <input type="checkbox"/> 助産師 (取得・取得見込)				<input type="checkbox"/> 4月26日(土):松本
※看護師・助産師以外(例:保健師など)					<input type="checkbox"/> 5月31日(土):長野
学歴 (高校から記入)	学 校 名	学 部 ・ 学 科	所 在 地	区 分	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
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
[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]					

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) _____