

受験番号

沼津市立病院職員採用選考受験申込書

フリガナ 氏名		受験職種・区分 助産師B		写真貼付 タテ3.5cm×ヨコ3.0cm 正面、上半身、脱帽で 提出日前3ヶ月以内に撮 影したもの ※写真の裏面に住所、氏 名を記入してください。
※年齢は、採用月の1日現在で記入してください。		採用希望月を記入		
昭和・平成	年 月 日生 (満 歳)	令和 年 月採用		
フリガナ 連絡先住所 (受験票・合否通知等送付先住所) 〒 - Tel (携帯可) - - E-mail @				
フリガナ 第2連絡先住所 〒 - Tel (携帯可) - - E-mail @				
高校からのすべての学歴を記入してください。				
学 校 名		学部・学科・専攻		在 学 期 間
				年 月 入学 年 月 卒・卒見込
				年 月 入学 年 月 卒・卒見込
				年 月 入学 年 月 卒・卒見込
				年 月 入学 年 月 卒・卒見込
前職歴があれば記入してください。				
勤務先 (支店・部課まで記入)		従事した職種・身分	従事した勤務内容 (具体的に)	在 職 期 間
				年 月 就職 年 月 退職 (予定)
				年 月 就職 年 月 退職 (予定)
				年 月 就職 年 月 退職 (予定)
				年 月 就職 年 月 退職 (予定)
免許資格を記入してください (ただし、受験資格要件となっているもの。)				
名 称		取得 (見込) 年月日		発行機関名 (者)
次の質問について該当の有無を教えてください。				
ア	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者で	ある	ない	
イ	当市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者で	ある	ない	
ウ	日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者で、	ある	ない	
沼 津 市 長 様 私を沼津市職員に採用願いたく、志願します。なお、上記の記載事項はすべて真実であり、受験資格を満たしていません。また、受験に際し不正な行為は絶対いたしません。				
令和 年 月 日 ※承認日付を記入してください (記入のないものは、受験資格を付与しません。)				

・記入は、黒インク又は黒ボールペンを用い、数字は算用数字で正確に書いてください。

・連絡先住所欄は、沼津市立病院 病院管理課から連絡する場合がありますので、確実に連絡のとれる連絡先を記入してください。

・記入漏れがある場合は、一切受付できません (郵便番号、フリガナ、学歴の学部等は正確に記入してください。)