沼津市立病院　初期臨床研修採用選考受験申込書

フリガナ ヌマヅ　ウミ	写真貼付 タテ4.0cm×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。
氏　　名 沼津　海	
※年齢は、令和８年４月１日現在で記入してください。	
昭和 / 平成　X 年　X 月　X 日　生（満　XX　歳）	

フリガナ シズオカケンヌマヅシヒガシシイジアザハルノキ

連絡先住所
〒 410-0302
静岡県沼津市東椎路字春ノ木550番地
TEL（携帯可） 090-XXXX-XXXX
E-mail numasea@ggmail.con

フリガナ

第２連絡先住所
〒
同上
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
沼津市立春ノ木高等学校	普通科	平成XX 年４ 月 入学 平成XX 年３ 月 卒・卒見込
沼津大学	医学部医学科	平成XX 年４ 月 入学 令和XX 年３ 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）

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）

健康状態（職務上、配慮する必要があれば記入してください。）※自由記載

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

希望試験日（第一希望日にチェックを入れてください。申込み期間終了後、試験日をお知らせいたします。）

☐ 令和７年８月６日（水）　　☐ 令和７年８月２７日（水）

次の質問について該当の有無を答えてください。

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す。

令和　７　年 X　月　X　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、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。）。