

公立豊岡病院組合採用試験受験申込書

フリガナ 氏名 _____		性別 男・女		受験番号 ※		
生年月日 S・H 年 月 日 (各採用年度の4月1日現在 満 歳)				受験職種 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師		
フリガナ 現住所 (通知先) 〒 - 電話 - - 携帯電話 - - E-mail _____				受験区分 <input type="checkbox"/> ①令和6年度採用 <input type="checkbox"/> ②令和5年度中採用 → 月 1日入職希望		
フリガナ 連絡先 〒 - 携帯電話 - - (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)				受験日程 第 回 令和 年 月 日実施分		
資格免許の名称及び取得年月日 (□に✓印)				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">写真貼付欄</p> <p>※申請以前3ヶ月以内のもの ※上半身、無帽、正面向き ※受験票と同じ写真を貼付 縦サイズ 40mm 横サイズ 30mm</p> </div>		
・ 看護師免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H・R 年 月 日取得						
・ 助産師免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H・R 年 月 日取得						
・ 保健師免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H・R 年 月 日取得						
・ 准看護師免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H・R 年 月 日取得						
・ 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> 取得見込 <input type="checkbox"/> S・H・R 年 月 日取得						
学歴	学校名 (中学校卒業以降)	学部・学科等	所在地	在籍期間	年制	区分 (□に✓印)
	最終		市	S・H・R 年 月から	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
			町	S・H・R 年 月まで		
	その前		市	S・H・R 年 月から	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
		町	S・H・R 年 月まで			
その前		市	S・H・R 年 月から	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
		町	S・H・R 年 月まで			
職歴	勤務先名	業務内容	所在地	在籍期間	区分	
	最終	<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ()の業務	市	S・H・R 年 月から	年制	<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退職
			町	S・H・R 年 月まで		
	その前	<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ()の業務	市	S・H・R 年 月から	年制	退職
			町	S・H・R 年 月まで		
その前	<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ()の業務	市	S・H・R 年 月から	年制	退職	
		町	S・H・R 年 月まで			
その前	<input type="checkbox"/> 受験職種の業務 <input type="checkbox"/> ()の業務	市	S・H・R 年 月から	年制	退職	
		町	S・H・R 年 月まで			
WEB面接希望 有・無				得意学科		
WEB面接希望理由 (上記項目が無の場合記載不要)				扶養家族数 (配偶者を除く) _____ 人		
				配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	
私は地方公務員法第16条に規定する欠格事項に該当していません。 また、応募資格をすべて満たしており、本申込者記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 (自署) 氏名 _____				※受付印		

公立豊岡病院組合職員採用試験

受 験 票

フリガナ _____
氏 名

受験番号	※
受験職種	
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 助産師
受験区分	
<input type="checkbox"/> ①令和6年度採用	
<input type="checkbox"/> ②令和5年度中採用	
→ 月 1日入職希望	
受験日程	第 回
令和 年 月 日	実施

写真貼付欄

※申請以前3ヶ月以内のもの
※上半身、無帽、正面向き
※受験票と同じ写真を貼付

縦サイズ 40mm
横サイズ 30mm

- 氏名及び受験職種を記入し、写真を貼付してください。
- 試験開始時刻に遅れた場合は受験できません。
- 試験日には本票を受付に提示して下さい。
- 持ち物： 受験票、筆記用具

発行 公立豊岡病院組合 統轄管理事務所 総務部総合調整課



試験当日は枠線で切り取ってお持ち下さい。
A4横置印刷

受験申込書および受験票作成時の注意

1. 記載事項に虚偽の内容がある場合は、採用される資格を失うことがあります。
2. ※印以外はすべて記入して下さい。
3. 該当するものは○で囲む、または□欄に✓印を記入して下さい。
4. 記入は全て本人の自筆により、黒のボールペンで記入して下さい。
5. 楷書で丁寧に記入して下さい。
6. 数字は算用数字を用いてください。
7. **電話番号は、最も確実に連絡が取れる番号を記入して下さい。**
8. 連絡先住所は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入して下さい。
9. 職歴欄には現在までの職歴(自家営業を含む)を新しいものから順に記入して下さい。

記入欄が足りない場合は、受験申込書を複写してお使いください。

10. **受験申込後に、記載内容に変更が生じた場合は速やかに連絡して下さい。**

(問い合わせ先)

公立豊岡病院組合 統轄管理事務所 総務部総合調整課
〒668-8501 兵庫県豊岡市戸牧1094番地
TEL 0796-22-6111 内線 2117