

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7年度採用 <input type="checkbox"/> ②令和6年度中採用 → 月 1日入職希望				
フリガナ _____ 連絡先 _____ (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒 - 携帯電話 - -		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; margin-bottom: 5px;">写真貼付欄</div> <small>※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</small>				
・ 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						
・ <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 S・H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	その前		市	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	その前		市	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	年制	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
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 S・H・R 年 月まで	<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退職	
	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 S・H・R 年 月まで	退職	
	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 S・H・R 年 月まで	退職	
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 S・H・R 年 月まで	退職		
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7年度採用	
<input type="checkbox"/> ②令和6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