

平成30年度 南和広域医療企業団職員採用試験(看護師・推薦試験)受験申込書

ふりがな				受験番号	※1
氏名				職種	看護師
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(満 歳)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	〒(-) (同居先 方)				
	電話番号 (- -)				
	緊急連絡先(携帯電話等) (- -)				
※2 結果通知 連絡先	〒(-) (同居先 方)				
	電話番号 (- -)				
最終学歴	学校名	学部学科	修学区分		
			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 <input type="checkbox"/> 平成 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込・修了見込 <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退	
※3 職歴	勤務先の名称		在職期間	区分	業務内容
			自: 年 月 至: 年 月	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
免許	受験職種に 該当する免許	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 取得・見込			
※4 併願状況	南和広域医療企業団以外の志望先の有無 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、その内容を記載) ()				
※5 希望 配属先	参考までに、希望配属先について(複数回答可) <input type="checkbox"/> 南奈良総合医療センター <input type="checkbox"/> 吉野病院 <input type="checkbox"/> 五條病院				

受験票

平成30年度 南和広域医療企業団職員採用試験
(看護師・推薦試験)

受験番号	※1
職種	看護師
ふりがな	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
試験会場	南奈良総合医療センター 1階 大会議室 【吉野郡大淀町大字福神8番1】
試験日	平成30年8月11日(土)

(写真欄)

試験当日に写真を貼り
付けていない人は受験
出来ません

写真は縦4cm×横3cm
上半身脱帽正面向で
3ヶ月以内のもの

(平成 年 月撮影)

受験心得

- 1 受験の際は、必ず本票を持参し、集合時間に来てください。
- 2 係員の指示に従わない場合は、受験できなくなることがあります。

申込書記入要領

- 1 署名は必ず自筆で行い、正しく記入してください。記入事項に不正があると、南和広域医療企業団職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 黒のインクまたはボールペンでもれなく記入し、該当する口欄にレ印をつけてください。
- 3 ※印のある欄についての注意事項は次のとおりです。
 - ※1 記載しないでください。
 - ※2 現住所以外に結果連絡を希望する場合にのみ記入してください。
 - ※3 直近の職歴について記入してください。
 - ※4 他の志望先の有無は試験の可否に一切影響しません。
 - ※5 希望配属先については、あなたが合格された場合の配属について、参考にさせていただくためのものですが、必ず希望どおりになるとは限りません。

私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。

- 1) 成年被後見人又は被保佐人(民法の一部を改正する法律の規定により従前の例によることとされる準禁治産者を含む)
- 2) 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人
- 3) 地方公共団体等において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- 4) 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人

この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

(本人自署)

平成 年 月 日 氏名