

地方独立行政法人

静岡県立病院機構職員採用試験受験申込書

(看護師経験者 月次募集 9月採用試験)

令和 年 月 日現在

(写真貼付欄)

縦 4.5cm×横 3.5cm

- 1 正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが完全に識別できるもの
2 試験日前3か月以内に撮影したもの
3 しっかりのりづけこと(裏面に氏名を記入)

ふりがな 氏 名	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	性 別 男・女
ふりがな 現住所 〒 -	
電話 () -	
携帯電話 () -	
ふりがな 連絡先 〒 - (帰省先)又は(現住所以外の連絡先)がある場合に記入	
電話 () -	
メールアドレス(PC・携帯) @	

学 歴

入学年月			卒業等年月日				学校名・学部・学科
年号	年	月	年号	年	月	区分	
						卒業 見込 中退	
						卒業 見込 中退	
						卒業 見込 中退	
						卒業 見込 中退	

職 歴

在籍期間（日付まで記入のこと）								勤務先（所在地） ※在家庭等就業していない期間も その内容を記載すること	職種・ 職名等	区分
自				至						
年号	年	月	日	年号	年	月	日			
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤
										常 勤 非常勤

記入注意 1 鉛筆以外の青または黒の筆記用具で記入 2 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に記入

