令和７年１０月実施

姫路市東保健福祉サービスセンター（看護師等）

会計年度任用職員採用試験　受験申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | | | | 生年月日  昭和・平成  　　 年　　 月　　 日生 | | | 希望職種  看護師等 | ※　受験番号 | |
| 【写真欄】 | |
| ふりがな  現住所　〒　　　　－  　　　　自宅（　　　　）　　　　－　　　　　　　　携帯（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | 受験票と同一の写真を貼ってください。  縦4.5cm×横3.5cm  申込前3月以内に撮影  （正面・上半身・無帽）  写真の裏面に希望職種、氏名を明記すること。 | |
| ふりがな  連絡先　〒　　　　－　　　　　　　　　　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）  　　　　 自宅（　　　　）　　　　－　　　　　　　　携帯（　　　　）　　　　－ | | | | | | | |
| 令和　　年　　月撮影 | |
| 学　歴 | 学　校　名 | 学　部 | | | 学　科 | 在　学　期　間 | | | 区　分 |
| 最　終 |  | | |  | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | | □卒業　□中退  □卒業見込 |
| その前 |  | | |  | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | | □卒業　□中退 |
| その前 |  | | |  | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | | □卒業　□中退 |
| 職　歴 | 勤　務　先 | | 所　在　地 | | | | 在　職　期　間 | | |
| 最　新 | |  | | | | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | |
| その前 | |  | | | | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | |
| その前 | |  | | | | 昭・平・令　　　　年　　 月　　 日から  昭・平・令　　　　年　　 月　　 日まで | | |
| 健康状態等 | 試験のときに、健康状態や障害等により試験会場で特別な配慮を必要とする方は、その旨を記入してください。 | | | | | | | | |
| 資格・免許 | 種　類 | | | | | | 取得年月日 | | |
|  | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | |
| 私は、地方公務員法第１６条に規定する欠格条項に該当しておりません。また、申込記載事項に相違ありません。  令和　　　年　　　月　　　日　　　　氏　名 | | | | | | | | | |

【記入上の注意】

　１　全て本人の自筆により、黒インク又はボールペンを用いて丁寧に記入してください。

　２　※印欄を除く全ての欄に記入し、□の中には該当するものに✓印をつけてください。

　３　記載事項に不正があると、合格しても採用される資格を失います。

４　**看護師、准看護師、保健師又は助産師の免許証の写しを提出してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　受験番号 | 氏　名 | 希望職種  看護師等 |

　　　（※印欄は記入不要）

|  |
| --- |
| 志望動機： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 自己ＰＲ： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 趣味・特技など： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　郵送で申し込む場合は、封筒の表に赤字で「受験申込書在中」と記入し、封筒の裏にも差出人の住所・氏名を明記してください。