

地方独立行政法人宮城県立病院機構職員採用試験 受験申込書

申込職種	受験番号
看護師	

※受験番号は記入
しないでください。

縦4cm×横3.5cmの脱帽、
上半身、正面向きの写真を
貼ってください。

ふりがな	性別 (○で囲む)
氏名	男 ・ 女

生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳 (平成30年4月1日現在の年齢)
------	-------------	----	--------------------

現住所・連絡先

ふりがな
(〒 -)
[電話] 自宅等 (- -) 携帯電話等 (- -)

郵送物送付先 (上記現住所以外に受験票等の送付を希望する場合のみ記入してください。)

ふりがな
(〒 -)
[電話] (- -)

※ 採用試験・配属に関する希望

【受験希望日】

受験を希望する日の欄に○を記入してください。

試験日	受験希望日
8/26 (土)	
8/27 (日)	
8/26 (土)・8/27 (日) どちらでも可	

【配属希望病院】

配属希望病院の順位を「1・2」で記入してください。

病院名	希望順位
精神医療センター	
がんセンター	

※ 原則として希望する病院に配属します。

※ 「8/26 (土)・8/27 (日) どちらでも可」とされた方の
受験日は、後日送付する受験票でお知らせします。

私は宮城県立病院機構職員採用試験を受験したいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

- 成年被後見人又は被保佐人 (準禁治産者を含む。)
- 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者
- 地方独立行政法人宮城県立病院機構職員として懲戒解雇又は宮城県職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 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者

平成 年 月 日 氏名 (自署) _____

学歴（高等学校から記入してください。）

在学期間	学校名	学部・学科名	卒業又は卒業見込 (○で囲む)
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込
昭・平 年 月～昭・平 年 月			卒業・卒業見込

職歴（最終学歴卒業以降のものを記入し、無職の期間がある場合は「無職」と記入してください。）

在職期間	勤務先	所在市町村	職務内容
昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			
昭・平 年 月 日～昭・平 年 月 日			

資格・免許（看護師・准看護師の免許を有している方は、必ず記入してください。）

資格・免許の種類	取得日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日
	昭・平 年 月 日

家族（父母・配偶者・子・兄弟姉妹等について記入してください。）※記入は任意です。

氏名	続柄	年齢	同居又は別居 (○で囲む)	氏名	続柄	年齢	同居又は別居 (○で囲む)
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居
			同居・別居				同居・別居

健康状態・既往歴等

--

(確認用署名欄)

平成 年 月 日 氏名 _____