

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員採用候補者試験申込書

(本人自筆)

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|------------|--|
| 該当する受験資格をチェック☑してください。⇒ (複数選択可) | <input type="checkbox"/> ①昭和58年4月2日以降に生まれた人 <input type="checkbox"/> ②急性期病院に通算3年以上勤務した経験のある人 <input type="checkbox"/> ③手術室看護師業務に通算3年以上従事した経験のある人 <input type="checkbox"/> ④公益社団法人日本看護協会に認定された、認定看護師資格または専門看護師資格を持つ人 <input type="checkbox"/> ⑤化学療法看護師業務に通算2年以上従事した経験のある人 | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">※受験番号</td> <td style="padding: 5px;">受験する職種</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">看護師</td> </tr> </table> | ※受験番号 | 受験する職種 | | 看護師 | |
| ※受験番号 | 受験する職種 | | | | |
| | 看護師 | | | | |

| | | |
|--------|-----|-----------------|
| (フリガナ) | 性 別 | 生年月日 |
| 氏 名 | | 年 月 日生 (満 歳) |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 写 真 (縦 4.5 cm 横 3.5 cm) 写真は申込前6か月以内に撮影した脱帽上半身正面向きのもので、本人と確認できるものを貼ってください。 | 郵便番号 — () 方 現住所 _____ 電 話 () 局 番 携帯電話 () 局 番 |
| | 連絡先 (現住所以外の連絡先を希望する場合のみ記入すること) 郵便番号 — () 方 住 所 _____ 電 話 () 局 番 |

| 学 | 学 校 名 | 学部・課程名 | 在 学 期 間 |
|---|-------|----------------|-------------------------------------------------------------|
| | 歴 | 高等学校 | |
| | | | 年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退 |
| | | | 年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退 |
| | | | 年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退 |
| 職 | 勤 務 先 | 期 間 | 業 務 内 容 <small>(従事した経験のある診療科や業務の内容を具体的に記入してください)</small> |
| | | 年 月から 年 月まで | |
| | | 年 月から 年 月まで | |
| | | 年 月から 年 月まで | |
| | | 年 月から 年 月まで | |
| | | 年 月から 年 月まで | |

