

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)

受験する職種

助産師

※受験番号

(フリガナ)		性 別 (注1)	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 ー ( ) 方 現住所 _____ 電 話 ( ) 局 番 携帯電話 ( ) 局 番 メールアドレス _____			
	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 ー ( ) 方 住 所 _____ 電 話 ( ) 局 番			
学 歴	学 校 名	学部・課程名 修業年限	在 学 期 間	
	高等学校	年制	年 月 卒業	
		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
		年制	年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退	
職 歴	勤 務 先	期 間	業 務 内 容 (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)	
		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		

(注1) 記載は任意です。未記載とすることも可能です。

氏名	
----	--

※ 受験番号	
--------	--

志望動機（必ず記入してください）		
その他自己PR等があれば記入してください。		
資格・免許等の名称	取得（見込）年月	趣味・特技・クラブ活動等
	年 月 取得 取得見込	
	年 月 取得 取得見込	
	年 月 取得 取得見込	
	年 月 取得 取得見込	
<u>受験する日程をひとつだけチェック☑をしてください。（受験できるのは、以下の日程のうち1人1日だけです。）</u>		
<input type="checkbox"/> 第1回 面接試験、作文：令和8年4月12日、適性検査：令和8年4月9日まで		
<input type="checkbox"/> 第2回 面接試験、作文：令和8年5月23日、適性検査：令和8年5月21日まで		
<input type="checkbox"/> 第3回 面接試験、作文：令和8年6月27日、適性検査：令和8年6月25日まで		
【注】応募者数等の状況により、試験の日時を変更する場合があります。		
【注】試験合格者が募集人数に達する等の事情により、試験を実施しない場合があります。最新の実施状況については、当院ホームページを御確認ください。		
職員採用候補者試験をどこで知りましたか。該当箇所を○で囲んでください。		
1、市報すいた（吹田市広報誌）2、吹田市民病院ホームページ3、学校（看護学校・大学等）		
4、知人から聞いた 5、その他（ ）		

- 記入上の注意事項
- 1 ※印の欄には記入しないでください。記入欄にはペン書き（消せるペンは不可）で正確かつ明瞭に記入するとともに、該当箇所を○で囲んでください。
  - 2 記入事項がなければ斜線をひいてください。
  - 3 申込書、受験票とも必ず同一の写真を貼ってください。
  - 4 不実の記載があるときには、職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても解雇されることがあります。
  - 5 申込書に記載したメールアドレスは、入職手続等に使用します。