

# 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"/> ②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"/> ③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"/> ④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
※受験番号	受験する職種  <h2 style="text-align: center;">看護師</h2>

(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 校 名	学部・課程名	在 学 期 間
学	高等学校		年 月 卒業
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
歴			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
	勤 務 先	期 間	業 務 内 容
職		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
歴		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

