

岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験受験申込書(令和9年度採用)

写 真
 (縦4cm横3cm)
 ※ 申込前3か月以内に撮影した脱帽・上半身・正面向きの写真。
 ※ 受験票にも同じ写真を貼付すること。
 ※ 写真の裏に氏名を記載すること。

1 受験区分 (該当する職種名を○で囲むこと。)		受験番号 (記入不要)			
助産師 ・ 看護師					
2 氏名	ふりがな	男 ・ 女	3 生年月日		
		昭和・平成 年 月 日生 (令和9年4月1日現在 満 歳)			
4 現住所等 ※ 下宿名、アパート名等まで記入すること。 ※ 連絡先は現住所以外に帰省地等の連絡先がある場合記入すること。	(現住所) 〒	電話	- -		
		携帯電話	- -		
	(連絡先) 〒	電話	- -		
5 最終学歴等 ※ 中学校以上の学歴を記入し、学部・学科等は省略しないこと。 ※ 上記受験区分の学校を卒業後、専門学校または大学院に進学した場合、最下段に記載すること。	学校	学部名	学科名等	修学期間	備考
	中学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業
	高等学校			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	高等専門学校・短期大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
	大学			自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
				自平・令 年 月 至平・令 年 月	卒業・卒業見込・中退
6 職歴 ※ 在学中及び卒業後のアルバイト期間、無職等の期間も記載すること。 (記載欄が足りない場合は別紙(様式任意)に記載すること。)	会社名	職務内容	在職期間	区分	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
			自平・令 年 月 至平・令 年 月	正職員・非正職員 その他・無職	
7 資格免許	名称	取得年月日	資格免許取扱機関		

私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験を受験したいので申込みいたします。
 私は、岩見沢市職員(医療職)採用候補者試験実施要領 2の(4)各号のいずれの規定にも該当していません。
 上記記載事項は真実かつ正確であります。

令和 年 月 日 氏名

- (注意)
- 必ず受験者本人が記入してください。なお、記入事項に不正があると受験資格を失います。
 - 黒のボールペン又はインクで、漏れなく丁寧に記入し、数字は算用数字を用いてください。
 - 通学等のため下宿等をしている場合は、連絡先も併記してください。
 - 該当のない箇所は「なし」と明記してください。
 - 受験番号は記載しないでください。
 - 受験票を添えて提出してください。