受験番号（記載不要）

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター職員採用試験申込書

記入心得

1. 記入にあたっては、インク（ボールペン可）で丁寧に記入し、□の中には該当するものに✓印をつけてください。印の箇所は、すべて押印してください。
2. 数字はすべて算用数字を用いてください。
3. 現住所は地番まで詳しく記入してください。
4. 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。

写　真
（縦30～40mm
×横24～30mm）

写真は申込前６月以内に帽子をつけないで、上半身正面向きを撮ったもので本人と確認できるものが必要です。

撮影年月日
令和
年　月　日

1　試験区分（受験する職種にチェック）

□ 助産師

□ 看護師

2　氏 名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

旧姓（　　）

3　生年月日・性別・年齢

昭和
平成　年　月　日生　満　歳

性別　□男　□女

（令和　年　月　日現在）

4　現住所（ﾌﾘｶﾞﾅ）

〒

電話　＜　＞　－
携帯　＜　＞　－

5　学歴　最終学歴から高等学校まで順に書いてください。所在地は町村まで書いてください。

学　校　名	類別	学 部 科 別	所　在　地	在 学 期 間	○でかこむ
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退
	全・定			昭・平・令　年　月から 昭・平・令　年　月まで	卒　卒見込 ＿年中退

6　次の質問に該当する、しないを答えてください。

イ）禁錮（こ）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	□該当する　□該当しない	
ロ）岐阜県が設立する一般地方独立行政法人の職員として懲戒解雇の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者	□該当する　□該当しない	
ハ）日本国憲法施行の日以後において、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	□該当する　□該当しない	

7　特殊技能、検定資格免許その他特殊な技能を有する人は、その名称および取得年月日を書いてください（有資格者の場合は応募職種の免許含む）。

免 許 種 類	取得年月日
	・　・
	・　・
	・　・
	・　・

職　　歴

※職歴がない場合は「なし」と記入し提出してください。

元　　号	年	月	日	事　　項

以上のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受験番号 （記載不要）

面　接　カ　ー　ド

試験区分	（フリガナ） 氏名	生年月日（和暦）	緊急連絡先 （申込書記載の現住所と異なる連絡先がある場合のみ記入）
助産師、看護師 （既卒）		年　　月　　日 （満　　歳）	〒 TEL（　　）　　－

当院を志望した理由

助産師又は看護師として、当院にどのように貢献したいか。

助産師又は看護師として今まで心掛けてきたこと	夜勤をするうえで考慮してほしいこと（あれば）

最近関心を持ったこと（社会生活、時事問題、世界情勢　等）

これまで力を入れて取り組んだこと（スポーツ、ボランティア、研究活動　等）

自己ＰＲ（自己の性格、特技のほか何でも自由にあなたをＰＲしてください。）

資格等	試験職種に関わらず取得している資格等について記載してください。		
賞罰		配偶者の有無	有　・　無