

加古川市会計年度任用職員採用候補者名簿登録試験申込書
【看護師】（フルタイム）

受 付	※市受付印	ふ り が な		性別 (任意記入)
		氏 名		男・女
		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	写 真 縦 4cm×横 3cm (6 ヶ月以内に 撮影したもの)
住 所	〒 -			
		連絡先 [自 宅] (- -)		
		[携帯電話] (- -)		

学 歴	学 校 名（高等学校以上）	学部・学科	在学期間	
			年 月～	年 月
			年 月～	年 月
			年 月～	年 月

職 歴	勤 務 先	職 務 内 容	期 間	
			年 月～	年 月
			年 月～	年 月
			年 月～	年 月
			年 月～	年 月

資格免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
	看護師免許 (有 ・ 無)	年 月	准看護師免許 (有 ・ 無)	年 月		年 月
	普通自動車運転免許 (有 ・ 無)	年 月		年 月		年 月

通勤	1 電車・バス (~) 2 自動車・バイク 3 自転車・徒歩
	公共交通機関で通勤できない勤務場所における自動車通勤 (可 ・ 不可)

次の事項に答えてください。(該当するものに○を付けてください。)

1 看護経験について

① 看護業務の経験はありますか 【 ある ・ ない 】

② 経験ありと答えた方はどのような施設ですか 【 病院 ・ 診療所（クリニック）
その他（ ） 】

2 健康状態について 【 健康 ・ その他() 】

3 現在、加古川市立園に通園している人はいますか（子・孫・甥姪 等）。
 【 園名 】 【 あなたとの続柄 】

4 今回の選考で年度当初から採用とならなかった場合でも、引き続き、看護師（フルタイム）としての登録を希望されますか。
 【 希望する ・ 希望しない 】 （年度途中で欠員がでた場合等に、お声がけをさせていただくことがあります。）

裏面も記入してください。

また、この申込書における全ての記載内容は事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏名（自署）

上記のとおり登録する希望の有無について、下記のいずれかを○で囲んでください。

(希望する ・ 希望しない)

その他()】