

## 加古川市会計年度任用職員採用試験申込書（看護師）

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

| 学<br>歴 | 学 校 名 | 学部・学科 | 在学期間        |   |   |               |   |   |
|--------|-------|-------|-------------|---|---|---------------|---|---|
|        |       |       | S<br>H<br>R | 年 | 月 | ～ S<br>H<br>R | 年 | 月 |
|        |       |       | S<br>H<br>R | 年 | 月 | ～ S<br>H<br>R | 年 | 月 |

| 職<br>歴 | 勤 務 先 | 職 務 内 容 | 期 間         |   |   |               |     |
|--------|-------|---------|-------------|---|---|---------------|-----|
|        |       |         | S<br>H<br>R | 年 | 月 | ～ S<br>H<br>R | 年 月 |
|        |       |         | S<br>H<br>R | 年 | 月 | ～ S<br>H<br>R | 年 月 |
|        |       |         | S<br>H<br>R | 年 | 月 | ～ S<br>H<br>R | 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                  | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |     | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |     | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |
|      | 普通自動車運転免許<br>( 有 ・ 無 ) | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |     | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |     | S<br>H<br>R<br>年 月 日 |

|    |                                                         |           |          |
|----|---------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 通勤 | 1 電車・バス (                      ~                      ) | 2 自動車・バイク | 3 自転車・徒歩 |
|----|---------------------------------------------------------|-----------|----------|

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 障がい児など小児の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 福祉施設 保育所 その他（ ） 】 |
| 2 健康状態について               | 【 健康 その他（ ） 】          |
| 3 志望動機について               |                        |
| <div></div>              |                        |

私は地方公務員法第 16 条に規定する欠格条項に該当していません。

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）

【記入上の注意】

1. 記入はすべて本人の自筆により、黒のボールペン等で記入してください。
2. ※欄以外は、すべて記入してください。(該当のない場合は「なし」と記入してください。)