

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	(任意)	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 (6 ヶ月以内に 撮影したもの)
	連絡先 [自 宅] (- -) [携帯電話] (- -)			

学 歴	学 校 名	学部・学科	在学期間					
			S H R	年	月	～ S H R	年	月
			S H R	年	月	～ S H R	年	月

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

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。)