

平成 2 9 年 度 四 日 市 市 職 員 採 用 試 験

(平成 2 9 年 4 月 1 日 採 用 予 定)

受 験 申 込 書

平 成 年 月 日

四日市市病院事業管理者

氏 名 \_\_\_\_\_

下記のとおり履歴書を提出し、受験を申し込みます。  
なお、私は、地方公務員法第 1 6 条に定める欠格条項に該当しません。

受 験 職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 助産師・看護師
---------	---

取得(見込)資格 レ点を記入してください	<input type="checkbox"/> 助産師・看護師	<input type="checkbox"/> 看護師
-------------------------	----------------------------------	------------------------------

履 歴 書				(写真貼付) 30×40mm  写真裏面に 氏名を記載 すること
ふりがな				
氏 名				
生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女	
本人現住所	〒	TEL		
休暇中の 連絡先住所	〒	TEL		
文書送付先	〒	TEL		
	年 月	学 歴 ・ 職 歴		
自		高等学校入学		
至		高等学校卒業		
自				
至				

平成 2 9 年 度 四 日 市 市 職 員 採 用 試 験

受 験 票

受験番号
(記入しないこと)

氏名	男・女
職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 助産師・看護師

写真貼付  
(30×40 mm)  
・申込書と同一のもの  
・裏面に氏名を記入

		年 月		学 歴 ・ 職 歴	
自	至				
自	至				
自	至				
自	至				
自	至				
身 上 書					
各 種 資 格 免 許(取得見込を含む)				趣 味・特 技	
年 月					
年 月				所 属 ク ラ ブ 等	
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
[志望の動機]					

記入しないこと