

令和元年度 大分県職員（看護師：後期）採用選考試験申込書

私は、大分県職員(看護師：後期)採用選考試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | ※受験番号 | |
| (ふりがな) | | | | (写 真) 写真の裏に氏名を記載してください。 (縦4cm×横3cm) | |
| 氏 名 (自 筆) | | | | | |
| 生年月日 平成 年 月 日生 | | | | | |
| 合格通知のあて先〔〒 〕 | | | | | |
| 〔同居先 方〕 | | | | 国 籍 等 | |
| 〔携帯電話等 - - 〕 | | | | <input type="checkbox"/> 日本国籍 | |
| 〔電 話 - - 〕 | | | | <input type="checkbox"/> 外国籍 | |
| 上記以外の連絡先〔〒 〕 | | | | 国籍 在留資格 | |
| | | | | ※受付月日 | |
| 〔同居先 方〕 | | | | | |
| 〔電 話 - - 〕 | | | | | |

| 学歴：学校名 | 学 部 | 学 科 | 在学期間 | 卒見・卒等の別 |
|--------|-----|-----|-------------------------|--|
| 現在(最終) | | | 年 月 ┌ 年 月 | (学年) <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 中退 |
| その前 | | | 年 月 ┌ 年 月 | (学年) <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退 |
| その前 | | | 年 月 ┌ 年 月 | (学年) <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退 |
| 職歴：病院名 | | | 在職期間 | |
| 現在(最終) | | | 年 月 ～ 年 月 | |
| 前職 | | | 年 月 ～ 年 月 | |
| 免許 | | | | |
| 看護師免許 | | | 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込 |