令和元年度 大分県職員（助産師：後期）採用選考試験申込書

私は、大分県職員(助産師: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) 氏　　名 (自　筆)	(写　真) 写真の裏に氏名を記載してください。 (縦４㎝×横３㎝)
生年月日　□昭和 □平成　　年　　月　　日生	
合格通知のあて先〔〒　　－　　〕 〔同居先　　方〕 〔携帯電話等　　－　　－　　〕 〔電　　話　　－　　－　　〕	国　籍　等 □ 日本国籍 □ 外国籍
上記以外の連絡先〔〒　　－　　〕 〔同居先　　方〕 〔電　　話　　－　　－　　〕	国籍　　在留資格 ※受付月日

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) □ 卒見　□ 卒 □ 在　□ 中退
その前			年　月 ～ 年　月	(　学年) □ 卒 □ 中退
その前			年　月 ～ 年　月	(　学年) □ 卒 □ 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 助産師免許		平成 令和　年　月　日	□ 取　得 □ 取得見込	