令和元年度 大分県職員（看護師：経験者）採用選考試験申込書

私は、大分県職員(看護師：経験者)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〕	国　籍　等
〔携帯電話等　　－　　－　　〕	□ 日本国籍
〔電　　話　　－　　－　　〕	□ 外国籍
上記以外の連絡先〔〒　　－　　〕 〔同居先　　方〕	国籍 / 在留資格
〔電　　話　　－　　－　　〕	※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

看護師免許　　昭和／平成　年　月　日　取　得