

香芝市会計年度任用職員選考試験申込書(看護師)

| | | | | |
|-------|---|-------|---------------|--|
| ふりがな | | 性別 | 女 男 | 受験番号※ |
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 現住所 | 〒 電話(携帯電話可) | | | 写真 (4.5cm×4cm) 上半身 3か月以内に撮影したもの |
| 連絡先 | 〒 同上 電話(携帯電話可) | | | |
| 最終学歴 | 年 月 日 (卒・修・退) | | | |
| 希望シフト | ①週3日 8:30～12:30 ・ ②週3日 12:30～15:30 ③週2日 8:30～12:30 ・ ④週2日 12:30～15:30 ※希望のシフトに○をつけてください。複数希望も可。 | | | |
| 履 歴 | | | 免許状 | |
| 自年月日 | 至年月日 | 学歴職歴等 | 種類 | 見込みは △ |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| . . . | . . . | | | |
| | | | | 受付印 |
| | | | | |

※看護師免許証の写しを添付してください。