

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1日 8:20~12:20 ・ ②週1日 12:20~15:20 ※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。