豊後大野市病院企業職員　採用試験申込書(H29第2回専門職)

ふりがな 氏　名	性　別 □ 男　□ 女	※受験番号	
生年月日 昭和･平成　年　月　日 生	本籍地 都 道 府 県	職　種 □ 看護師 □ 介護福祉士	資格状況 □ 有資格者 □ 資格取得見込者

住　所

［郵便番号　　－　　］　　県　　市

［同居先　　方］　　［電話番号（　　）　　局　　番］

［携帯電話番号　　－　　－　　］

上記に不在の場合の連絡先

［郵便番号　　－　　］

［同居先　　方］　　［電話番号（　　）　　局　　番］

合格通知送付希望先　□ 住所　□ 上記に不在の場合の連絡先
□ その他（〒　　）

最終学歴

学校名［　　］

学部･学科名［　　］

在学期間：昭･平　年　月～昭・平　年　月（　学年）　卒見･卒･在･中退

次の質問について該当するものを○で囲んでください。

ア．禁治産者や準禁治産者の宣告を受けたことがありますか　　ある・ない

イ．禁錮以上の刑に処せられたことがありますか　　ある・ない

ウ．懲戒免職になったことがありますか　　ある・ない

申込書に記載した事項は、事実と相違ありません。

平成　　年　　月　　日

氏　名　　㊞

記入の心得

1．※印欄以外はすべて記入してください。該当する□の中に✔印をつけてください。
2．記入は黒色のボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。数字は算用数字で書いてください。
3．記入事項に不正があると、採用される資格を失う場合があります。
4．提出前に申込書に不備がないかどうか、添付書類及び押印等について、もう一度確認してください。

添付書類

①受験票　②履歴書　③健康診断書　④免許証の写し(取得見込者は不要)または認定書の写し　⑤最終学歴の卒業証明書または卒業証書の写し、または卒業見込証明書（在学証明代用可…要相談）　⑥返信用封筒(82 円切手貼付)

※受付月日　平成　　年　　月　　日　　**※受付者**　　㊞

豊後大野市病院企業職員 採用試験受験票（H29第2回専門職）

※受 験 番 号	
職　　種	該当する職種と資格区分を〇で囲んでください。 看　護　師（ 有資格者 ・ 資格取得見込者 ） 介護福祉士（ 有資格者 ・ 資格取得見込者 ）
ふりがな 氏　名	性　　別 □男　　□女
生 年 月 日　　昭和・平成　　年　　月　　日　生	

・※印欄以外はすべて記入してください。
・黒色のボールペンで記入してください。

写真貼付欄

・申込前６カ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの
・縦４㎝×横３㎝

■ 試　験　日

● 平成２９年８月２７日（日）

■ 受 付 時 間　　午前８時１５分　～　８時３０分

■ 試験開始時間　　午前８時４０分～

■ 試 験 会 場　　豊後大野市民病院　大会議室

■ 携　行　品　　ＨＢの鉛筆、消しゴム、腕時計、昼食

■ 受 験 心 得

①試験当日は、受付時間内に必ずおいでください。遅刻の場合は受験できないことがありますので注意してください。

②試験会場では、試験員の指示に従って行動してください。

③試験当日は、この受験票を必ず持参し、受付時に提示してください。

④病院敷地内は禁煙となっております。

（受付印）

豊 後 大 野 市 民 病 院

履　歴　書

平成　　年　　月　　日現在

ふりがな	
氏名	
生年月日 S・H　　年　　月　　日 生（満　　歳）	性別 男・女

写真貼付欄

・申込前6カ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの

・縦4cm×横3cm

ふりがな 現住所　〒	電話 携帯電話
ふりがな 連絡先　〒　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 方	E-Mail

年	月	学歴･職歴（各別にまとめて書く）

年	月	学歴･職歴（各別にまとめて書く）

年	月	免許・資格

志望の動機、特技、好きな学科など	通勤時間 約　　時間　　分	
	扶養家族数(配偶者を除く) 人	
	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）

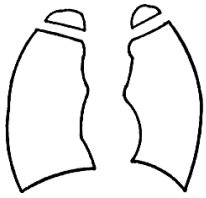
保護者（本人が未成年者の場合のみ記入） ふりがな		電話
氏名	住所　〒	

診　断　書

氏名	男 女	住所	
生年月日	年　月　日生(　才)		
検査日	平成　年　月　日		

身　長	.　cm	既往症	
体　重	.　kg		
視　力	右　.　(　.　)		
	左　.　(　.　)	現症	
眼　疾	無・有(　　)		
聴　力	右		
	左	胸部エックス線写真所見	撮影　平成　年　月　日
耳　疾	無・有(　　)		直接・間接(No.　　)
血　圧	～　mmHg		

検尿	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	潜血



その他	就業上の注意事項

上記のとおり診断します。

平成　年　月　日

所在地

機関名

医　師　　印