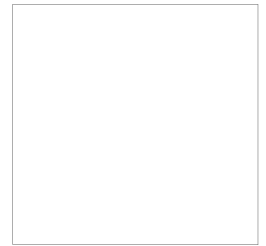


# 看護職採用選考申込書（平成30年度）

（地方独立行政法人 市立東大阪医療センター）

※受付印

職 種	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	希望する 選考日 (H30年～ H31年)	<input type="checkbox"/> 4月28日(土)	<input type="checkbox"/> 6月24日(日)
受験区分	<input type="checkbox"/> 既 卒 <input type="checkbox"/> 新 卒		<input type="checkbox"/> 7月29日(日)	<input type="checkbox"/> 8月22日(水)
※受験番号 (記入不要)			<input type="checkbox"/> 10月28日(日)	<input type="checkbox"/> 12月25日(水)
			<input type="checkbox"/> 2月 8日(金)	



平成 年 月 日現在

ふりがな				写真 (縦4.0cm×横3.0cm)  写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。
氏 名				
生年月日	年	月	日 (満 歳)	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	E-mail (空白も可)	@	
現 住 所	〒 -			
	TEL - -		携帯電話 - -	
連 絡 先	〒 - (現住所と同じ場合は、記入不要)			
	TEL - -			

年	月	学 歴	所在地 (都道府県)
		高等学校 入学	
		高等学校 卒業	
		職 歴 : 有 ・ 無	
		※看護職経験のある方は、別紙病院指定職務経験書に記入。 一般職経験のある方は、下欄に記入して下さい。	

◎記入上の注意

- 鉛筆以外の黒の筆記具で記入（ワープロ可。但し、氏名及びふりがなは自署）
- には、該当する箇所に✓を記入
- 学歴欄は、高校から順に記入
- ※欄は、記入不要



# 職務経歴書

年 月 日

氏名：

生年月日： 昭和 年 月 日 ( 歳)  
平成

取得免許	番号	取得年月日
看護師		
助産師		
保健師		
准看護師		
その他(医療資格)		

期間 (年 月～年 月迄)	勤務先 (病床数)	所在地 (都道府県)	部署・業務内容 (科・特徴)	勤務形態 (常勤・非常勤)