

令和7年度 徳島県病院局職員選考採用試験受験申込書

1 試験区分 助産師		2 受験番号(記入しないでください) 助一			<写真> 申込み前6か月以内に撮影した縦4cm、横3cm、正面向き、上半身、脱帽の本人と確認できるものを貼ってください。	
3 氏名(ふりがな)						
4 生年月日・性別 昭和・平成 年 月 日生(令和8年4月1日現在 満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない						
5 現住所(下宿先等)(ふりがな) (〒 - ) (同居先 方) 携帯( ) - 電話( ) -						
6 帰省先の住所(ふりがな) (〒 - ) ※5 現住所と異なる者のみ記入 電話( ) -					7 国籍 <input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍	
8 学歴(中学校または高校以上の最近の学歴3つについて記入してください。)						
学校名	学部名	学科名	所在地(市町村名まで)	在学期間	修学区分	
最終(現在)				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中( 年次) <input type="checkbox"/> 中退( 年次)	
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退( 年次)	
その前				年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退( 年次)	
9 免許、資格、検定等(この試験の受験に必要な資格・免許は必ず書き、取得見込も記入してください。)						
名称	種別	取得又は取得見込年月日			資格免許等の取扱機関名	
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込				
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込				
		年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込				
10 職歴						
勤務先名	部 課 名	所在地(市町村名まで)	在職期間	(年数)	職務内容	
最終(現在)			年 月～ 年 月	年		
その前			年 月～ 年 月	年		
その前			年 月～ 年 月	年		
私は、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書に記載したすべての事項について相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自筆)						

(記入上の注意事項)

- ※1 黒インク・黒ボールペンを使用し、自筆で記入してください。
- 2 記入した原稿(コピーは不可)を提出してください。
- 3 記入内容を確認する場合がありますので、電話番号は必ず記入してください。