



豊橋市民病院職員採用候補者試験申込書

(随時採用)

受験番号	<input type="checkbox"/> 助産師	第 号
	<input type="checkbox"/> 看護師	

写真貼付

6ヶ月以内に撮影したもの

(3cm×4cm)

平成 年 月 撮影

添付書類

- ・助産師、看護師免許の写し
- (※裏書きのある場合は、裏面の写しも添付してください。)

本人現住所	〒	自宅	() 局 番
		携帯	
家族連絡先	〒	自宅	() 局 番
フリカネ氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) *申し込み時現在

助産師・看護師養成学校への入学が、「地域枠」か「地域枠でない」か、どちらかをチェックしてください。

地域枠 地域枠でない

年	月	日	学歴・職歴 (学歴については高等学校卒業より記入のこと)
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		
年	月	日	賞罰
昭和・平成	年		
昭和・平成	年		

資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
趣味・特技	自覚している性格
豊橋市民病院へ就職希望する理由	
自己PR(これだけは他人に負けないこと)	

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
 なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。
 また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

平成 年 月 日

豊橋市長 佐原光一 様

本人氏名

㊞

郵便はがき

62円
切手貼付

□□□□-□□□□

(宛先)

(氏名) 様

〒441-8570 豊橋市青竹町字八間西50番地
豊橋市民病院 管理課職員担当

注意事項

- ※印以外を必ず記入してください(上の宛先等も必ず記入してください。)
- 試験当日は、必ずこの受験票を持参してください。
- 試験当日は、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴムを必ず持参してください。
なお、時計は計時機能だけのものに限りませう。
- 受験票に受験番号、受付印のない場合は、直ちに申し出てくださう。
- 試験当日は原則として試験終了まで会場からの外出は出来ませう。
- 試験場内においては、自分の持ち物の保管に十分注意して、忘れ物等のないようにしてください。

(豊鉄バス「豊橋市民病院前」下車)

豊橋市民病院職員採用候補者試験
(随時採用)

受験票

※試験区分	※受験番号
<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	第 号

- 試験会場 豊橋市民病院会議室(診療棟3階)
- 試験日 随時
- 集合時間 時 分

住所	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

豊橋市民病院 管理課職員担当
(裏面の「注意事項」をよく読んでください。)