

※受験番号

※受付番号

※受付

伊勢市病院企業職員採用試験受験申込書

看護師（経験者） 令和7年3月採用 令和7年4～7月採用

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | 日本国籍の有無 | 写 真 1 本人単身 胸から上 2 写真の裏面に 氏名・生年月日を 記入の上、貼付 (はがれた時のため) 【写真サイズ】 縦4.0cm×横3.0cm |
| 氏 名 | 男・女 | 昭和 平成 . . 生 歳 (R7.4.1現在) | 有・無 無しの場合国籍 () | |
| 現住所 (通知発送先) | 採用後予定住所 <input type="checkbox"/> 同左 | | | |
| 郵便番号: | 電話: | 郵便番号: | 電話: | |
| | 携帯電話: | | 携帯電話: | |
| 携帯電話以外の E-mailアドレス (必須) : | | | | |

| 学 歴 | 学 校 名 | 部 科 名 | 所在市町村名 | 修学期間 | 卒・卒見込等の別 |
|-----|-------|-------|--------|----------|----------|
| | | | | | 年 月～ 年 月 |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |

| 職 歴 | 勤務先の名称 | 職務内容 | 所在市町村 | 在職期間 | 備 考 |
|-----|--------|------|-------|----------|----------|
| | | | | | 年 月～ 年 月 |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |
| | | | | 年 月～ 年 月 | |

| 免 許 ・ 資 格 | 取得年月日 | 免 許 ・ 資 格 | 取得年月日 | 免 許 ・ 資 格 |
|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | |

(本市病院企業職員を希望する理由を記入してください。)

(自分のアピールを記入してください。※長所、セールスポイント等)

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| (趣味・スポーツ) | (特技) |
| (健康状態) | (部活動・サークル、委員会等 ※役職・成果も併せて記入してください。) |

私は、地方公務員法第16条（欠格条項）の規定に該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名 (自筆)

※処理欄 返信用封筒2通 看護師免許証

(注) 申込みの際の注意点は、裏面に記載してありますので、よく読んで記入してください。

申込みの際の注意点

- 1 申し込みの期間
申込期間 令和7年1月6日（月）必着
（午前8時30分から午後5時15分まで。日曜日、土曜日及び祝日は除きます。）
- 2 次の添付書類を添えて、受験者本人が市立伊勢総合病院経営企画課へ持参するか、又は郵送してください。

| 添付する書類 |
|--------|
|--------|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・返信用封筒2通（長形3号、110円切手をはり付けて、連絡先の住所及び氏名を記入すること。）・看護師免許証の写し。・日本国籍を有しない方（外国籍の方）は、永住者又は特別永住者の在留資格を証する書類 |
|--|

- 3 提出された書類は、合格・不合格の別なく一切返却しません。
- 4 性別、日本国籍の有無の欄は、いずれかを○で囲むこと。
- 5 ※欄は、記入しないこと。
- 6 この申込書の記載事項（年齢、学歴、職歴、宣誓事項等）に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 7 採用に際して取得した個人情報、採用試験及び採用に関する事務以外の目的では使用しません。