

# 令和6年度 静岡市立静岡病院職員 採用選考受験申込書

**【注】**

記入にあたっては黒インクまたは黒ボールペンを用い、正確に書いてください。  
 該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で  
 囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写真貼付

2.5cm×3.5cm

正面・上半身・脱  
帽で提出日前3  
か月以内に撮影

※受験番号		受験日 令和 6年 12月 2日	受験職種 ＜ 看護師 ・ 助産師 ＞
フリガナ 氏 名			昭和・平成 年 月 日 生 ( 歳) ※ 令和7年4月1日現在
住 所	現住所	〒	
		Tel	
	合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）	〒	
		Tel	
	E-mail:	Tel（緊急時）	
学 歴	高 校	科	H・R 年 月 入学 H・R 年 月 卒業
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込
	短大・高専	学部	H・R 年 月 入学
	専門・大学・院	科	H・R 年 月 卒・卒見込
職 歴 アルバイト	勤務先、職務内容、期間  年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		
資 格 免 許	資格等の名称、種類、取得年月日（卒業時取得見込みのものを含む） 看護師免許 H・R 年 月 日（取得 ・ 取得見込み） 助産師免許 H・R 年 月 日（取得 ・ 取得見込み） 保健師免許 H・R 年 月 日（取得 ・ 取得見込み） その他の資格等  運転免許＜原付・普通・その他（ ）＞		

