



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

(希望職種に✓をつける)

☐ 助産師

☐ 看護師

第 号

写真貼付

6か月以内に撮影したもの
(3cm×4cm)

年 月撮影

- 添付書類
- ①国家資格の免許証の写し等資格を確認できるもの(裏書きのある場合は、裏面の写しも添付してください。)
- ②受験票(63円切手貼付し、宛先等必要事項を記入してください。)

本人 現住所	〒	自宅	() 局 番
		携帯	
家族 連絡先	〒	自宅	() 局 番
フリカナ 氏 名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) *申込時現在

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(学部・学科等も記入)
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		
年	月	日	賞罰
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		

資 格 ・ 免 許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
趣 味 ・ 特 技	自覚している性格
豊橋市民病院へ就職を希望する理由	
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。

年 月 日
豊橋市長 浅 井 由 崇 様

本人氏名(自署) _____