



豊橋市民病院職員採用候補者試験申込書

(令和5年度新規採用)

受験番号	(希望回に✓をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 第4回	第 号
	(希望職種に✓をつける)	<input type="checkbox"/> 助産師	
		<input type="checkbox"/> 看護師	

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最終学校の卒業見込証明書
 - ③最終学校の在学成績証明書(必ず厳封のもの)
 - ④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。)
- ※①については、令和5年3月31日までに免許の申請が可能なのは必要ありません。
※②、③については、令和5年3月卒業予定者のみ必要です。

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) *R5.4.1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)

健康観察表

1. 来院日の14日前からの体温および症状の有無についてご記入をお願いします。(来院当日まで)

月 日	体温	咽頭痛	咳嗽	鼻汁	倦怠感	味覚・ 嗅覚異常	その他症状
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有()・無

2. 以下について来院日にご記入ください。

- ① この2週間、感染者の多い地域に移動をしていない (はい ・ いいえ)
- ② この2週間、感染者数の多い地域に移動をした人と接していない (はい ・ いいえ)
- ③ この2週間、新型コロナウイルス感染症陽性者・濃厚接触者と接していない (はい ・ いいえ)

上記について内容に間違いがないことを確認しました。

2022年 月 日 お名前 _____

※この用紙は来院日に提出していただきますので必ずご持参ください。

※来院予定日に発熱や体調がすぐれない場合は来院せず、下記まで電話連絡をお願いします。